

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 133

DES
FISTULES CUTANÉES
de la Vésicule biliaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Mai 1902

POUR OBTENIR LE GRADÉ DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ERNEST-CLAUDIUS BOUTRY

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Servilly (Allier), le 21 Février 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1902



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 133

DES
FISTULES CUTANÉES
de la Vésicule biliaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Mai 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ERNEST-CLAUDIUS BOUTRY

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Servilly (Allier), le 21 Février 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOUlier.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes	M. LAROYENNE.
--	---------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET. —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, D'ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. M. POLLOSSON, Président ; M. A. POLLOSSON, Assesseur ;
MM. VILLARD et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de profonde affection
et de sincère reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur MAURICE POLLOSSON

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

A M. le Professeur Agrégé VILLARD

INTRODUCTION

C'est pour nous un agréable devoir, avant de commencer ce travail qui est une sorte de consécration à nos études médicales, d'adresser à nos maîtres dans les hôpitaux et à la Faculté nos sentiments de gratitude et de reconnaissance. Nos remerciements doivent aller d'abord à celui de nos maîtres qui nous inspira ce travail comme sujet de notre thèse : M. le professeur agrégé Villard, chirurgien des hôpitaux, que nous eûmes la chance d'avoir à plusieurs reprises comme chef de service pendant nos années d'externat dans les hôpitaux, a été l'inspirateur de ce sujet ; il nous a largement guidé de ses conseils et nous a toujours reçu avec une bienveillance charmante. Nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner publiquement ici notre vive gratitude et toute notre sympathie.

M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, a droit de notre part à une reconnaissance toute particulière. Ce fut notre premier maître, car c'est dans son service que nous

avons été initié aux premiers principes de la chirurgie. Nous devons quelque temps plus tard, dans une circonstance difficile, avoir personnellement recours à sa science clinique et à sa dextérité de chirurgien. Qu'il nous permette de lui témoigner ici, pour le bienfait dont nous lui sommes redevable, notre inoubliable reconnaissance.

Nous avons eu successivement pour maîtres pendant nos années d'externat :

M. le professeur agrégé Rollet, alors chirurgien en chef de l'hôpital de la Croix-Rousse. Il vient de nous communiquer une intéressante observation pour ce travail. Nous lui en savons infiniment gré.

M. le Dr Vincent, chirurgien de la Charité, dans le service de qui nous avons étudié la chirurgie infantile.

MM. le Dr Mouisset et le professeur J. Courmont, médecins des hôpitaux, qui nous ont souvent témoigné des marques d'intérêt pendant le semestre passé dans leur service, à l'hôpital Saint-Pothin.

Enfin M. le professeur agrégé Aug. Pollosson, dans le service de qui nous avons terminé notre externat à la Charité, en nous initiant aux difficultés de la gynécologie; et qui a bien voulu faire partie de notre jury de thèse, nous le prions de recevoir nos remerciements les plus vifs pour cette faveur qu'il nous fait.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le Dr Josserand, médecin des hôpitaux, un de nos premiers maîtres qui nous a obligeamment communiqué une intéressante revue sur les Angiocholites pour notre

thèse, et M. le professeur agrégé Tixier, chirurgien des hôpitaux, qui fut quelque temps notre chef de service à la Charité et dont l'amabilité pour nous fut toujours exquise.

Aujourd'hui, M. le professeur M. Pollosson nous fait un grand honneur en acceptant de présider notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET GÉNÉRALITÉS

Nous n'avons en vue, dans ce travail, que les fistules biliaires cutanées : qu'elles se soient produites spontanément, consécutivement à une péricholécystite avec phlegmon de la vésicule, par exemple, ou qu'elles existent du fait d'une intervention chirurgicale. Toutefois, le terme de fistule biliaire cutanée, généralement employé, nous paraît impropre dans certains cas de communication de la vésicule biliaire avec l'extérieur, dans ceux où il ne passe pas de bile à travers le trajet fistuleux. C'est pourquoi il nous semble préférable, parce que plus exact, de réunir tous les cas dont nous allons nous occuper sous l'étiquette de « fistules cholécysto-cutanées ».

Nous croyons utile, avant tout, de jeter un rapide coup d'œil sur l'historique de cette question et sur les phases qu'elle a traversées dans la littérature chirurgicale.

L'on peut dire que l'histoire des fistules cutanées

de la vésicule biliaire ne commence réellement que le jour où la cholécystostomie se généralisa et devint une intervention courante et rationnelle dans les affections des voies biliaires. Avant l'ère de la cholécystostomie, en effet, les fistules biliaires cutanées étaient toutes des fistules spontanées et leur nombre était relativement restreint, puisqu'en 1897 (*Lyon Médical*), on en comptait seulement 122 cas dans la science. Les fistules biliaires cutanées ne sont donc, à vrai dire, du domaine de la chirurgie que depuis que la cholécystostomie a pris droit de cité dans la thérapeutique chirurgicale et depuis qu'on a pu appliquer, dans certains cas, au traitement de ces fistules, les opérations qu'on pratique maintenant sur les voies biliaires, telles que cholécystectomie, cholédocotomie, cysto-anastomoses, etc.

Faire l'histoire de ces fistules, c'est donc en quelque sorte faire l'histoire des interventions sur les voies biliaires, puisqu'elles en constituent souvent soit le résultat, soit les indications. Nous allons rapidement esquisser cet historique.

Bien que ce soit J.-L. Petit qui, le premier, ait eu l'idée de la cholécystostomie, l'on peut dire que cette opération ne se pratique systématiquement que depuis ces vingt dernières années.

Jusqu'en 1882, en effet, avant l'avènement de l'antisepsie et de l'asepsie, les chirurgiens observent une prudence exagérée à l'égard de cette opération. J.-L. Petit, qui en est le promoteur, recommande de ne l'exécuter que s'il existe des adhérences entre la vésicule biliaire et la paroi abdominale. Richter,

Fauconneau-Dufresne, Kocher essaient de provoquer ces adhérences par différents moyens. En 1839, Thudichum propose la cholécystostomie en deux temps, telle qu'elle se pratique actuellement d'après le procédé de Riedel. La première cholécystostomie en un temps est faite par un Américain, Bobbes, en 1867; la première cholécystostomie en deux temps par Kœnig, en 1882, avec ouverture de la vésicule préalablement suturée. C'est véritablement de 1882 que date l'essor de la chirurgie des voies biliaires provoqué par la retentissante communication de Langenbuch sur la première cholécystectomy. Les chirurgiens étrangers suivent l'exemple avec Courvoisier, Riedel, Thiriar. En 1882 également, Winiwarter fait la première cholécystentérostomie dont l'idée revient à Nüssbaum. Les opérations sur le cholédoque sont indiquées par Langenbusch, en 1884, et les premières faites les années suivantes par Kocher, Kümmel, Mac-Burney, Pozzi, Langenbusch, etc.

Cependant, en France, on ne paraît pas évoluer dans ce sens, à en juger par les compte-rendus du premier Congrès français de chirurgie, en 1885.

A ce Congrès, Bœckel (de Strasbourg), fait une communication sur la « cholécystostomie appliquée au traitement des calculs biliaires ». Il cite deux observations de malades porteurs d'une fistule biliaire d'origine calculeuse, spontanée, remontant à un an et qu'il a guéris par la cholécystostomie. Il relate, à ce propos, des observations antérieures de fistules biliaires de Fauconneau-Dufresne, de

Tampelini, de la statistique de Barth et Besnier, etc., fistules spontanées qui dataient de 9 ans, 5 ans, 2 ans, et pour lesquelles on n'essaya nullement d'intervenir par quelque moyen chirurgical, laissant le malade en proie à des récidives, à des accidents graves quelquefois, sans compter les progrès de la cachexie qui l'emmenait souvent. Pour son compte, l'auteur considère la cholécystostomie indiquée dans toute fistule biliaire entretenue par la présence de calculs et comme conclusion, il ajoute : « Si la fistule est d'origine calculeuse, l'intervention (la cholécystostomie) est non seulement indiquée, mais commandée. Il y a avantage, en outre, à intervenir dès qu'on aura reconnu que la fistule ne guérit pas. »

L'auteur termine par les réflexions suivantes, que nous notons pour mémoire seulement : « Si l'intervention opératoire s'impose dans la cholélithiase biliaire fistuleuse, la réserve la plus grande doit être observée dans les cas où la fistule biliaire n'est pas formée ». Cela est suffisant pour nous donner une idée de ce qu'étaient en France les interventions sur les voies biliaires à cette époque. A ce même Congrès de 1885, Thiriar, de Bruxelles, communiquait les trois premiers cas de cholécystectomie pratiquée par lui.

Il nous faut arriver, en France, à M. le professeur Terrier et à son école, pour voir les opérations sur les voies biliaires se généraliser et leurs indications se préciser. Au Congrès français de Chirurgie de 1889, Michaux rapporte deux observations de fistules biliaires persistantes traitées avec succès par

la cholécystectomie, qu'il pratiquait pour la première fois en France — sept ans après Langenbusch —. Dès lors, les communications, les travaux sur la question des voies biliaires deviennent nombreux, et féconds sont les résultats. Citons rapidement et au hasard la thèse de Delagenière (cholécystentérostomie); un article de la *Province Médicale* de novembre 1890, de M. Rochet sur « les opérations qui se pratiquent sur la vésicule biliaire »; la thèse de Calot 1890-1891, sur la cholécystectomie; l'article « cathétérisme des voies biliaires » de MM. Terrier et Dally. Les thèses de *Dupré*, de *Fournier*, de *Mignot* viennent apporter un sérieux appoint à la pathogénie des affections biliaires et, par suite, en éclairer la thérapeutique. Enfin, citons les discussions à la Société de Chirurgie de Paris (mai-juin 1895), de M. Tuffier en particulier. Les communications nombreuses de M. Terrier aux Congrès de Chirurgie. La thèse de Jourdan (cholédocotomie).

Qu'il nous suffise de dire, en terminant cet historique rapide et forcément très incomplet, que tous les chirurgiens, dans ces dix dernières années, se sont tous plus ou moins passionnément adonnés à l'étude de la chirurgie des voies biliaires, qui est une œuvre toute moderne et qui, à cette heure, est plus que jamais d'actualité.

Cependant, malgré toutes nos recherches parmi les monographies et les nombreux travaux publiés sur les affections biliaires, nous n'avons trouvé aucune étude spéciale, aucune revue originale concernant particulièrement les fistules biliaires cuta-

nées, leur pronostic en général, et la conduite à tenir pour le chirurgien, en face de ces cas. Il semble pourtant que ce chapitre ne doive pas être du moindre intérêt dans la chirurgie de la vésicule et des voies biliaires. Aussi bien, M. le professeur agrégé Villard a pensé que nous ferions œuvre utile en le prenant pour sujet de notre thèse, et c'est à son inspiration et à ses conseils que nous devons de le traiter.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DES FISTULES BILIAIRES CUTANÉES

La physiologie normale nous apprend que la vésicule biliaire est un réservoir musculo-membraneux, sorte de diverticule des voies biliaires, destiné à emmagasiner, dans l'intervalle des digestions, une certaine quantité de bile, pour le moment où elle deviendra nécessaire. Cet organe possède dans sa paroi des fibres musculaires lisses lui permettant de se contracter, une surface interne muqueuse composée de glandes qui sécrètent un mucus spécial ayant la propriété de rendre la bile visqueuse, filante, pendant son séjour à l'intérieur de la vésicule. D'après MM. Doyon et Dufour c'est grâce à ce mucus et aux cellules épithéliales dégénérées de la couche interne que la cholestérine se formerait en quantité relativement considérable dans la vésicule biliaire. En outre, cet organe restant à l'état de repos dans l'intervalle des digestions, le sphincter d'Oddi au contraire, étant en

contraction à ce moment, la bile dont la sécrétion est permanente est arrêtée à l'embouchure du cholédoque et reflue de ce fait jusque dans la vésicule biliaire qui l'emmagasine. Au moment de la digestion au contraire, particulièrement au moment du passage du chyme acide dans le duodénum, il se produit une action réflexe qui provoque une inhibition du sphincter d'Oddi, en même temps qu'une excitation de fibres musculaires de la vésicule, d'où résulte l'expulsion de la bile en réserve de la vésicule jusque dans l'intestin. Cette excrétion de la bile se continue ensuite pendant tout le temps de la digestion intestinale et atteint son maximum, d'après les auteurs, cinq à six heures environ après l'ingestion des aliments.

Voilà en quelques mots à quoi se borne le rôle de la vésicule biliaire. Nous devons toutefois, avant d'étudier ce qui se passe à l'état pathologique, nous demander si la vésicule biliaire est, sinon inutile du moins indispensable aux animaux qui en sont pourvus et en particulier à l'homme. Si on parcourt à ce point de vue la série animale, on est frappé de voir que dans une même classe la vésicule biliaire manque dans nombre d'espèces, alors qu'elle existe dans d'autres espèces très voisines. Les variations sont nombreuses. Cuvier admettait que la vésicule trouvait sa raison d'être chez les animaux dont les repas sont séparés par un intervalle considérable, tandis qu'il est naturel que la bile s'écoule sans cesse dans l'intestin de ceux qui mangent continuellement. Enfin elle manque chez certains animaux de même espèce

et l'anatomie humaine nous enseigne que les cas d'absence de la vésicule ne sont pas très rares. Cesont là des trouvaille d'autopsie n'ayant occasionné aucun trouble pendant la vie.

Aux partisans de la cholécystectomie au début, qui invoquaient ces données pour justifier leur intervention, on a fait remarquer qu'il fallait tenir compte du facteur adaptation, et que la suppression brusque de la vésicule était incompatible avec la vie. Or, les nombreuses visisections pratiquées, en particulier chez le chien, sans aucun trouble général ou digestif, ont depuis longtemps répondu à cette objection. Chez l'homme en outre, Langenbuch a montré des opérés de cholécystectomie jouissant d'une parfaite santé 4, 5, 6 et 7 ans, après l'intervention.

L'absence de la vésicule biliaire n'est donc pas incompatible avec le bon fonctionnement général de l'organisme et l'on est conduit à admettre, avec Calot, que morphologiquement la vésicule biliaire représente la partie moyenne dilatée d'un canal biliaire collatéral s'étendant de la partie moyenne du foie à l'intestin, canal collatéral existant à l'état de complet développement chez nombre d'animaux (vautour, hibou, etc). Chez l'homme, le conduit supérieur « hépato-cystique » a disparu ; le cul-de-sac de ce conduit borgne s'est dilaté à la façon du cœcum et c'est sa partie ultime seule qui s'est dilatée, à cause sans doute de la présence du sphincter, pour constituer le réservoir qu'est la vésicule biliaire.

Considérons maintenant la vésicule biliaire à l'état pathologique et spécialement les cas où il existe une

fistule cholécysto-cutanée. Que cette fistule se soit produite spontanément ou qu'elle résulte d'une cholécystostomie et, dans ce cas, quelles que soient les conditions qui ont nécessité la cholécystostomie, nous pouvons, dans l'étude de la physiologie pathologique de cette fistule nous trouver en présence de trois cas :

- a). *La perméabilité des voies biliaires est complète.*
- b). *Le cystique est oblitéré.*
- c). *Le cholédoque est oblitéré.*

Examinons successivement ces trois éventualités :

a). *Fistule avec perméabilité complète des voies biliaires.* — Il s'agit, le plus souvent, d'angiocholite ou d'angio-cholécystite et la fistule a été établie en vue d'un drainage des voies biliaires infectées. Dans ces conditions il se fait, par l'orifice de la fistule, un écoulement partiel de la bile, une quantité variable de ce liquide passant dans l'intestin. On peut observer, dans ce cas, au point de vue du moment de l'excrétion de la bile et de sa quantité, ce qu'on observe quand, expérimentalement, on pratique, chez l'animal, une fistule biliaire en laissant les voies biliaires perméables.

A ce propos, M. Jaboulay a rapporté l'observation de deux de ses malades porteurs de fistules biliaires de cette nature et chez lesquels il a fait de curieuses constatations : il avait pratiqué chez ces malades une cholécystostomie pour des accidents de cholécystite calculeuse aiguë. Au bout de peu de temps, l'amélioration se produisit, mais la fistule persista long-

temps. Il s'y écoulait une certaine quantité de bile, ainsi que dans l'intestin, les voies biliaires inférieures étant perméables.

M. Jaboulay, en observant ces malades, se rendit compte qu'il y avait des intermittences dans l'écoulement de la bile par cette fistule. C'était la nuit, par exemple, à partir de onze heures du soir, qu'il passait de la bile, en assez grande quantité, par l'orifice fistuleux, ce qui les incommodait fort pendant leur sommeil, alors que, de cinq heures du soir, moment de leur repas, jusqu'à onze heures, il ne s'écoulait, par la fistule, qu'une petite quantité de mucus sécrété par les parois de la vésicule biliaire. Il eut alors l'idée de changer les heures des repas de ses malades et il observa la même concordance de phénomènes. En les faisant manger à onze heures du soir, il cessait de s'écouler de la bile par la fistule jusqu'à cinq heures du matin et l'écoulement biliaire par l'orifice créé reprenait dans l'intervalle des digestions, de telle sorte que, en augmentant le nombre des repas de ces malades de façon qu'ils soient continuellement en période digestive, la bile cessait complètement de passer par la fistule. Dès lors, M. Jaboulay crut vraisemblable d'admettre, pour expliquer ces phénomènes que, dans l'intervalle des digestions, alors que le sphincter d'Oddi est en contraction, la pression de la bile dans les voies biliaires annexielles était suffisante pour permettre à ce liquide de refluer par la vésicule jusqu'au dehors à travers la fistule. Au moment des digestions, au contraire, alors que, normalement, le

sphincter se relâche et la vésicule se contracte, la bile totale sécrétée passait dans l'intestin.

Mais, dans nos cas de fistules biliaires pathologiques, même avec perméabilité des voies biliaires, il ne s'écoule pas seulement de la bile par l'orifice de la fistule. Si nous admettons, ce qui est la majorité des cas, que la fistule a été pratiquée en vue d'un drainage des voies biliaires, le liquide qui s'écoule est constitué, avec la bile, par des éléments anatomiques en voie de dégénérescence ou des éléments microbiens. Ce sont les cellules de l'épithélium de revêtement isolées ou réunies en lambeaux en voie de dégénérescence dans le liquide biliaire. Ce sont des bactéries variables suivant la nature de l'infection. Le plus souvent on y trouve le *bacillus coli communis*, quelquefois il s'agit de staphylocoque, de streptocoque ou de pneumocoque, même assez souvent de bacille d'Eberth.

Il se peut même que le liquide biliaire renferme une certaine quantité de pus. Quoi qu'il en soit et comme l'a montré Mignot, la nature du liquide qui s'écoule, autant que les lésions anatomiques de la vésicule — dans cette hypothèse de la perméabilité du cystique — sont subordonnées uniquement au degré de l'infection. Ces lésions de la vésicule constituent alors la « cholécystite ouverte ». Comme l'a fort bien montré Mignot, dans sa thèse, par ses recherches expérimentales et ses constatations cliniques, les lésions créées et aussi le pronostic — comme nous le verrons dans le chapitre suivant —

sont également subordonnés au degré de l'infection microbienne.

Dans les formes à infection peu virulente de la vésicule on observe l'angio-cholécystite catarrhale ou parenchymateuse. La vésicule est, dans ces cas, ordinairement peu augmentée de volume, mais à parois très épaissies. Sa surface interne est rouge et saigne assez facilement ; de petits tractus saillants lui donnent un aspect gaufré. Sa forme générale est conservée. Les vésicules contiennent ordinairement de la bile en voie de cristallisation, souvent des calculs déjà formés ou en voie de formation et des débris épithéliaux mêlés à des leucocytes ; mais alors la virulence des microbes est déjà assez grande.

Si l'infection est plus légère, mais non primitive, c'est-à-dire consécutive à une infection moyenne — et c'est surtout dans les vésicules calculeuses que cette éventualité se présente — on a la forme de cholécystite scléro-atrophique. Le processus inflammatoire est alors, dans ces cas, lent, mais progressif, et la dégénérescence scléreuse en est le résultat. Remarquons, dans cette dernière forme d'infection vésiculaire, que le cystique a pu être imperméable à certains moments du fait de la migration des calculs, et cela nous amène à envisager la deuxième de nos trois hypothèses posées au début de ce chapitre.

b) *Fistule avec oblitération du cystique.* — La fistule ne mérite pas alors, à proprement parler, le nom de fistule biliaire, puisque la bile n'y passe pas. La nature du liquide qui s'écoule par l'orifice est encore sous la dépendance de l'intensité de l'infec-

tion, d'une part, et aussi des lésions anatomiques actuelles de la vésicule et des voies biliaires créées par cette infection.

Ce liquide, qui est le résultat de la sécrétion des parois de la vésicule pathologique et le plus souvent, sinon toujours, calculeuse, s'écoule continuellement. La quantité varie entre 80 et 150 grammes par jour. Il est quelquefois clair comme de l'eau et ressemble à de la salive, d'odeur fade, de consistance filante ; il est d'autres fois, séreux, jaunâtre et fétide et souvent aussi *muco-purulent*. Son contact incessant avec les tissus voisins finit par les irriter, formant parfois de petits abcès de voisinage ; il est très désagréable aux malades. Cet écoulement par la fistule qui est, en somme, une manifestation réactionnelle de la muqueuse de la vésicule, persiste très longtemps et ne cesse que lorsque la muqueuse est complètement détruite.

La fistule, dans cette catégorie de faits, s'est produite ou a été établie à la suite d'une cholécystite calculeuse, suppurée ou non. Aussi trouve-t-on, dans ce cas, la vésicule calculeuse-type, la vésicule scléro-atrophique. Tout au début c'est l'hypertrophie des fibres musculaires lisses qu'on constate, due aux contractions réitérées de l'organe pour expulser les calculs. Mais, bientôt, ces fibres commencent à dégénérer et finissent par disparaître à mesure que s'accroît le processus de sclérose déterminée par la cholécystite calculeuse. La muqueuse, elle aussi, subit la dégénérescence scléreuse ; son épithélium cylindrique devient cubique

et tend à disparaître. Les glandes, qui hypersécrètent au début, finissent, à la longue, par s'atrophier. Les rétractions partielles de l'organe, les cloisonnements incomplets, les diverticules et l'enchatonnement des calculs sont choses fréquentes et, dans la tendance générale à la rétraction et à l'atrophie, c'est souvent la présence des calculs qu'elle renferme qui conserve à la vésicule un certain volume et lui donne une forme variable. Malgré, en effet, l'oblitération du cystique, empêchant la pénétration de la bile, les calculs, s'il en reste, peuvent continuer à s'accroître par adjonction de couches successives de phosphate et de carbonate de chaux et s'éliminer ensuite difficilement par l'orifice fistuleux.

Enfin, faisons remarquer que, même avec un canal cystique oblitéré, il peut se faire que la bile pénètre encore de temps à autre dans la vésicule et vienne se mélanger au liquide pour sortir avec lui par la fistule. Le calcul, en effet, peut ne pas oblitérer complètement le cystique, jouer le rôle de soupape, en laissant pénétrer la bile et en l'empêchant ensuite de redescendre.

D'autres fois il s'agit seulement d'un rétrécissement cicatriciel.

c) *Fistule avec oblitération du cholédoque.* — Que l'obstacle, cause de l'obstruction soit à l'intérieur du cholédoque, dans ses parois, ou extérieur à lui, la fistule pratiquée à la vésicule, dans ces cas, est une voie de dérivation nécessaire et indispensable pour parer aux accidents graves de rétention biliaire et de cholémie. Dans ces conditions la fistule est une

véritable soupape de sûreté. La quantité totale de la bile excrétée s'écoule à travers son orifice d'une façon continue et, de ce fait, cette fistule n'aurait aucune tendance à se fermer spontanément.

La vésicule biliaire, en effet, est alors transformée en un véritable canal excréteur. Ses parois ont souvent, dans ces cas, conservé leur souplesse. Mais, grâce au courant de la bile qui passe en totalité par cette voie, la contractilité de l'organe n'étant plus nécessaire à sa fonction, ses parois ne tardent pas à revenir sur elles-mêmes.

Ce courant biliaire entretient nécessairement la permanence de la fistule qui, de ce fait, devient définitive et n'a aucune tendance à la guérison tant que l'obstacle persiste sur le cholédoque.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DE LA VARIÉTÉ DE LA FISTULE PRONOSTIC

Par les considérations ayant trait à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des fistules biliaires, que nous avons rapidement développées dans le chapitre précédent, nous allons pouvoir établir le diagnostic de chacune des variétés de ces fistules et aussi, et surtout, essayer d'en tirer le pronostic. Supposons donc à nouveau chacune des trois éventualités qui peuvent se présenter lorsqu'on se trouve en face d'une fistule biliaire.

a) *Fistule avec voies biliaires perméables.* — Trois faits prouvent alors cette perméabilité. C'est l'absence d'ictère ; c'est la coloration des matières fécales ; c'est enfin l'écoulement d'une certaine quantité de bile par la fistule.

D'après les considérations physiologiques exposées, on peut *a priori* prévoir ce qui doit se passer. Les voies biliaires inférieures étant libres, la quantité de

bile qui passe par la fistule ayant de la tendance à diminuer progressivement, du fait du libre accès du liquide dans l'intestin, il semble que tout doive, à brève échéance, rentrer dans l'ordre naturel et la fistule s'oblitérer, *sponte sua*. C'est généralement ce qui arrive et à première vue, le pronostic de ce genre de fistule apparaît comme très favorable, sans intervention itérative. Nous devons cependant faire des réserves et dans tous les cas de ce genre, il nous semble que le pronostic ne dépend pas seulement de la perméabilité des voies biliaires inférieures, mais est aussi étroitement lié à la pathogénie des accidents qui ont occasionné la fistule. Nous n'avons, pour nous en rendre compte, qu'à parcourir les observations publiées. Dans celle publiée par MM. Jossierand et Adénot, par exemple. (Voir Obs. V). (Cholécystostomie pour angiocholite infectieuse grave), l'oblitération de la fistule se fit spontanément trois mois et demi après l'opération. Dans la série d'observations que rapporte Delagenière (Congrès français de Chirurgie, 1898), la fistule se ferma du vingtième au trentième jour. Chez une malade opérée par M. Jaboulay, pour cholécystite calculeuse suppurée, dont la fistule laissait passer de la bile, cette fistule persistait six mois après l'opération.

Chez deux malades de M. Terrier opérés pour angiocholite non calculeuse (Congrès de Chirurgie, 1898) la fistule pratiquée existait depuis plus de trois ans dans un cas, et depuis plus d'un an dans l'autre.

Comment expliquer de telles différences dans l'évolution de ces fistules qui, à première vue,

paraissentse présenter dans les mêmes conditions mécaniques ?

Depuis que Mignot, Dupré, Fournier ont démontré l'importance de l'élément microbien, non seulement dans la pathogénie de l'angiocholite, mais aussi dans celle de la cholécystite calculeuse vraie, nous sommes bien obligés de tenir le plus grand compte, pour l'explication des faits, de l'élément infection. Et dans les cas qui nous occupent, où le drainage des voies biliaires est effectué, c'est seulement le degré de virulence des bacilles qui régira la marche et l'évolution de la cholécystite et de la fistule — de par les lésions anatomiques créées, de par aussi la qualité du liquide biliaire qui s'écoule. — Ajoutons qu'il faut aussi tenir compte, au point de vue du pronostic, du moment où a été pratiquée l'intervention et des lésions telles que rétrécissement cicatriciel relatif existant déjà dans le cystique, etc.

Fournier a montré qu'il existe des angiocholites et des cholécystites légères qui peuvent, cliniquement, passer longtemps inaperçues, et si un jour le processus inflammatoire devient violent et oblige à une intervention, il est évident que les lésions créées de longue date dans la vésicule, le cystique et le cholédoque, seront plus difficilement modifiées par le traitement.

Ces considérations nous expliquent peut-être dans une certaine mesure, pourquoi certaines des fistules de la catégorie qui nous occupe guérissent en peu de temps, alors que pour d'autres il faut compter des mois et des années. Ainsi, à y regarder de plus près,

le moment de guérison des fistulisés, que nous rapportons plus haut, cadre assez bien avec ces notions. Des cinq malades à qui Delagenières fit un drainage des voies biliaires, et dont les fistules se fermèrent au bout de trois et cinq semaines, trois avaient comme diagnostic et résumé :

Cirrhose du foie (infectieuse) et hépatoptose. Hépatopexie et fistule biliaire temporaire. Les deux autres avaient une cholecystite calculeuse, dont l'une suppurée, et la guérison de la fistule se fit très vite (Voir les observations de 12 à 16).

Chez le malade de M. Jossierand (voir obs. V et aussi VI et VII), qui avait une angiocholite grave, et chez qui l'examen de la bile montra du coli-bacille en abondance, la fistule persista trois mois et demi.

Chez une malade de M. Villard (obs. II), elle persista deux mois et demi.

Enfin, les trois malades de M. Terrier sont encore plus typiques. On leur avait fait un drainage des voies biliaires pour accidents d'angiocholite non calculeuse. Dans les trois cas, la présence du coli fut assez régulièrement constatée pendant des mois et des années, et les cultures et les inoculations furent extrêmement positives. Chez la première de ces trois opérées, M. Terrier essaya, malgré la présence du coli, de fermer la fistule. Il y eut une nouvelle poussée d'angiocholite avec élévation considérable de température et développement d'un abcès au niveau de la suture de la fistule excisée. Chez la deuxième malade, dont la fistule persistait également, avec présence de coli dans la bile, M. Terrier instruit par

l'opération précédente et voulant faire cicatriser la fistule, pratiqua une cholécystentérostomie : La malade ne tarda pas à succomber à des accidents infectieux de septicémie. Enfin, chez la troisième malade, dont la bile était toujours altérée par le coli, on ne fit rien pour fermer la fistule. Et, au moment de la communication de M. Terrier, les deux malades survivantes conservaient toujours leur fistule qui datait de trois ans, chez l'une, et de plus d'une année chez l'autre, leur bile restant toujours infectée par le *B. coli*, sans association microbienne.

Nous terminerons donc ce paragraphe en disant, en manière de résumé : Lorsqu'il existe une fistule cutanée de la vésicule biliaire, et que les voies biliaires inférieures sont perméables, le pronostic est le plus souvent favorable et la guérison spontanée s'obtient en moyenne de trois semaines à deux mois (d'après les statistiques).

Mais il existe des cas où, sans doute à cause de l'intensité de l'infection de la vésicule; à cause des lésions créées par cette infection, dans la vésicule et dans le cystique dont la perméabilité est diminuée; à cause des modifications dans la consistance du liquide biliaire et du ralentissement du courant de la bile, qui en résulte, le drainage complet des voies biliaires n'est pas obtenu et la fistule persiste à longue échéance.

Dans ces cas, non seulement la fistule ne se ferme pas, mais on n'est pas autorisé à la fermer, en raison de la virulence du liquide qui s'en échappe.

Enfin, dans cette catégorie de fistules, une place

à part doit être faite aux fistules labiées, en tout comparables aux fistules intestinales créées en vue d'un anus artificiel. On conçoit alors que ce genre de fistule persisterait indéfiniment si une intervention itérative n'en amenait l'occlusion.

b) *Fistule avec oblitération du cystique.* — Le diagnostic de cette variété se fait par l'absence d'ictère, par l'absence de pigments biliaires dans le liquide qui s'écoule par la fistule, par une coloration normale des matières fécales. La fistule est petite ; elle donne, d'une façon persistante et continuellement, un liquide filant, clair, non biliaire, quelquefois muco-purulent. Il n'est pas rare de voir se former quelques petits abcès de voisinage outre l'irritation des tissus voisins causée par le contact incessant de l'écoulement.

Ces fistules sont d'un pronostic mauvais et persistent indéfiniment comme le montrent les observations XI, XVII, XVIII et XIX. Cependant si, à un moment donné, il s'écoule un peu de bile par la fistule, indice que le calcul du cystique se mobilise, on peut espérer, dans une certaine mesure, une oblitération naturelle de la fistule qui rentre alors dans la catégorie précédente. A ce point de vue l'observation I de M. Villard est absolument typique. Il s'agissait, comme on le verra, d'une malade à qui on avait fait un drainage des voies biliaires pour une cholécystite suppurée. Pendant neuf mois il ne passa jamais de bile par la fistule, le cystique se trouvant oblitéré. Neuf mois après l'opération, la malade ressentit un jour de vives douleurs dans son

hypochondre droit, un flot de bile inonda le pansement au bout de quelques heures et, quinze jours après, la fistule se cicatrisait complètement et la malade pouvait être considérée comme guérie.

Quoi qu'il en soit et dans la majorité des cas ces fistules non biliaires persistent à longue échéance, pour ainsi dire indéfiniment, et font le désespoir du malade et aussi du chirurgien. La vésicule biliaire qui a été et reste infectée, devient en quelque sorte un organe absolument extérieur au système d'excrétion biliaire dont elle reste isolée, sécrétant, grâce à ses glandes et pour son propre compte un liquide pathologique qui trouve une seule voie d'évacuation : la fistule. On conçoit que cette fistule qui est devenue une voie naturelle d'excrétion ne s'oblitérera jamais. Elle n'aura pas plus de raison de se fermer qu'une fistule branchiale.

Si, d'autre part, on songe aux sérieux inconvénients qu'elle présente pour le malade, aux altérations considérables des parois de l'organe qui devient scléro-atrophique et passe presque à l'état de corps étranger, on entrevoit tout de suite que, dans ces conditions, une intervention radicale seule pourra, dans la plupart des cas, amener la guérison complète du malade.

c) *Fistule avec oblitération du cholédoque.* — Cette oblitération est due à un obstacle intérieur au cholédoque, tel qu'un calcul. Elle peut tenir à l'épaississement de ses parois ; ou être extérieure à lui (compression par tumeur de voisinage). La fistule créée constitue, dans ce cas, une voie de dérivation

de la bile, indispensable pour parer aux accidents d'intoxication cholémique.

L'établissement de cette fistule a été le fait d'une opération d'urgence, mais ne constitue pas un traitement rationnel et radical de l'obstruction du cholédoque. On relève alors dans les antécédents du malade, à un moment donné, un ictère intense, et les autres phénomènes de rétention biliaire, tels que coloration acajou des urines renfermant les pigments biliaires, prurit cutané, décoloration des matières fécales, état poisseux du sang, troubles digestifs, etc., avant l'intervention qui a causé la fistule. La fistule produite on a, pour faire le diagnostic de la variété, les signes suivants : Un écoulement considérable et constant de bile, une décoloration absolue des matières fécales, des troubles digestifs variés, voracité ou inappétence et, enfin, les mêmes symptômes généraux qu'on peut observer chez les animaux porteurs de fistules biliaires de cette nature et qui sont : un amaigrissement assez rapide, le marasme, la diarrhée, des vomissements, de la sécheresse de la peau, la chute des poils, la fièvre hectique, etc.

On conçoit que les fistules de cette catégorie auraient une durée indéfinie en dehors d'une désobstruction spontanée du cholédoque, ou encore d'une désobstruction chirurgicale qui s'impose souvent.

En résumé, nous voyons que, des trois catégories de fistules cutanées que nous avons passées en revue, celles de la première où les voies biliaires inférieures sont perméables, sont d'un pronostic plus

favorable que les autres dans la majorité des cas, comme le prouvent les observations 1, 2, 5, 6, 7, 12, 13, 14, 15, 16 et l'ensemble des faits publiés. La fistule s'oblitére alors d'elle-même au bout de trois à dix semaines environ. Il y a, cependant, des exceptions qui nous semblent réalisées: 1^o Par le manuel opératoire suivi dans la cholécystotomie pratiquée; 2^o par l'état plus ou moins septique du liquide biliaire qui s'écoule par la fistule; 3^o par l'intensité de l'infection biliaire et l'altération plus ou moins grande des voies biliaires, créée par cette infection; 4^o par la perméabilité plus ou moins complète du cystique.

Quant aux fistules de la deuxième et de la troisième catégories, elles sont d'un pronostic plus sévère, à moins qu'une désobstruction spontanée ou obtenue par de petits moyens ne les fasse rentrer dans la catégorie précédente, chose assez rare, mais possible (Obs. I), sans quoi elles sont justifiées d'un traitement chirurgical que nous allons voir.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DES FISTULES BILIAIRES CUTANÉES

D'après les considérations pronostiques auxquelles nous avons abouti, ce traitement vise surtout les cas de fistules biliaires où les voies biliaires sont oblitérées. Cependant, les exceptions font que l'intervention chirurgicale peut se poser, même si les voies biliaires sont perméables et, dans cette hypothèse, quelles sont les conditions qui la décident et quelle est, en général, la conduite à tenir pour le chirurgien en pareille occurrence ?

1^o *Fistule avec voies biliaires perméables.* — Une longue expectative est de règle si, contrairement à ce qui se passe d'habitude, la fistule n'est pas oblitérée au bout de deux à trois mois. Nous avons vu à quoi tenait vraisemblablement cette non-oblitération. Attendre est donc l'indication principale. D'abord il n'y a aucun danger pour le malade et, ensuite, il y va quelquefois de son intérêt. Si,

comme c'est plus souvent le cas, la fistule a été pratiquée en vue d'un drainage des voies biliaires infectées, l'idéal serait qu'elle se fermât aussitôt que la désinfection biliaire est obtenue. Delagenière (Congrès de 1898) a essayé d'obtenir cette réalisation en pratiquant la « cholécystostomie intrapariétale ». Pour cela, il fait l'abouchement de la vésicule à travers l'épaisseur du muscle droit de l'abdomen, afin, dit-il, d'utiliser la contractilité musculaire pour amener la fermeture; il ajoute qu'en outre, en créant la fistule intrapariétale, on la met à l'abri de l'infection par la peau et on utilise les téguments pour lui créer un opercule naturel. Il est de fait que, dans les observations qu'il rapporte, où il employa cette méthode, l'oblitération s'obtint très vite et c'est pour cette raison qu'il appelle son procédé : « Cholécystostomie temporaire ».

Mais si, comme nous l'avons vu, il s'agit de fistule labiée ou d'une cholécystostomie complète et systématique où, au bout de peu de temps, on a de l'éversion de la muqueuse, le chirurgien sera souvent obligé de faire une intervention itérative : la *cystorrhaphie*. Il y sera conduit si la fistule est devenue inutile, car, ainsi que le fait remarquer Terrier, « une nouvelle lésion de canalisation pourrait, à la rigueur, être favorisée par le ralentissement du courant de la bile à l'intérieur des canaux, ralentissement causé par la dérivation d'une partie du courant à travers la fistule ». Mais, pour que la fistule soit devenue inutile, et pour être autorisé à faire la cystorrhaphie, les conditions suivantes sont absolument nécessaires :

Ce sont :

a) La certitude de la perméabilité du canal cholédoque.

b) La certitude que la mise en culture de l'écoulement biliaire par la fistule est stérile.

c) La probabilité qu'il n'existe pas de calculs dans les parois de la vésicule qui pourraient, dans la suite, causer une obstruction du cystique.

d) Enfin l'absence d'altérations considérables des parois de la vésicule, altérations qui pourraient soulever la question d'une cholécystectomie, laquelle serait, par exemple, le second temps prévu de la cholécystostomie préalable faite d'urgence.

Voilà les conditions générales qui autorisent la cystorraphie, conditions nécessaires, comme le montre l'observation IX due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Rollet, que nous publions, résumée à la fin. La fistule de la malade opérée pour angiocholécystite calculeuse, durait depuis deux mois et demi. On décida de la fermer, mais trop prématurément, car, quelques jours après la cystorraphie, la malade présenta de nouveau des phénomènes d'angiocholécystite aiguë. On fut obligé de faire sauter les fils de la suture et la fistule se ferma d'elle-même quelque temps après, sans doute parce qu'elle se trouvait alors dans les conditions exigées.

En revanche, les cas sont nombreux où la cystorraphie donne d'excellents résultats. Signalons le cas classique de M. Rose et aussi une observation de M. Chandelux que nous publions, résumée, à la fin de ce travail (Obs. X).

Quant à la technique opératoire de la cystorrhaphie, elle est simple : Elle consiste à décoller les parois de la vésicule, à invaginer ces parois dans la cavité cystique et à pratiquer leur adossement soigné, puis à faire la suture en crête des téguments de l'abdomen.

Le malade étant débarrassé de sa fistule, on pourra espérer, à l'aide de précautions d'hygiène ou de thérapeutique, maintenir définitive la guérison et éviter le retour des causes d'infection ou d'obstruction.

2^o Fistule avec oblitération du cystique. — Ces fistules ont souvent une durée indéfinie et quand l'oblitération du cystique est absolue, due par exemple à l'enclavement d'un calcul à l'intérieur du canal, l'intervention chirurgicale seule peut donner des résultats. Cependant, malgré les désagréments que cause aux malades ce genre de fistules qui durent parfois des années, malgré les accidents qui s'observent du côté des organes voisins par les adhérences fréquentes que contracte ce type de vésicule (sténose incomplète du pylore, adhérences intestinales, etc), le chirurgien ne doit pas immédiatement, le diagnostic posé, décider l'intervention radicale, la cholécystectomie. Il est des fistules de ce genre qui guérissent avec conservation de l'organe. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation I de M. Villard dont nous avons déjà parlé à propos du pronostic. On devra donc, avant de prendre une détermination, temporiser et, pendant ce temps, il est utile de tenter

par de petits moyens de rétablir la perméabilité du cystique.

Ces petit moyens seront le cathéterisme mené prudemment, comme le conseillent MM. Terrier et Dally. Ce seront les injections de diverses sortes au chlorure de zinc et à la teinture d'iode en solution, par exemple; ce seront les injections d'eau bouillie ou de glycérine dans la vésicule, destinées à en modifier les parois, à exciter sa contractibilité et enfin à mobiliser parfois, par la pression obtenue, le calcul obstruteur.

Si, au bout de quelque temps, il passe un peu de bile par la fistule, ce sera une raison de plus pour attendre, parce qu'alors l'obstruction du cystique ne sera pas complète et le calcul aura de la tendance à se mobiliser.

Enfin, si, huit à dix mois après l'établissement de la fistule, et après ces tentatives, les choses restent en état, le chirurgien doit alors penser à la dernière ressource qui reste dans ce cas : la cholecystectomie. Il devra, pour prendre cette détermination, tenir compte de l'état général du malade, qui a pu retarder l'opération radicale, de son âge, de son désir plus ou moins vif d'être débarrassé de son infirmité, et, enfin, s'il a pu le constater lors de l'intervention qui a causé la fistule, de l'état des parois de la vésicule. C'est souvent, en effet, dans ces cas d'oblitération du cystique que la vésicule est réduite à un réservoir fibreux rétracté; cet organe est alors devenu complètement inutile. C'est une des principales indications de la cholécystectomie. Les autres sont : la perméabilité du canal

cholédoque, l'absence d'adhérences trop étendues avec les organes voisins, adhérences qui rendraient l'opération laborieuse et difficile. Enfin, il faut que le pédicule de la vésicule ait une longueur suffisante.

Nous ne décrivons pas la technique de l'opération qui se trouve dans les classiques et qui a été étudiée en détails par Calot, dans sa thèse.

Cette intervention est radicale ; non seulement elle guérit le malade de l'infirmité que lui causait sa fistule, mais, avec la vésicule, disparaît la cause de sa maladie : la lithiase — puisqu'il est bien démontré que c'est pour ainsi dire toujours dans la vésicule biliaire que se forment les calculs. — La cholécystectomie a donné d'excellents résultats dans ces cas de fistules biliaires persistantes. Langenbusch, qui est le promoteur de cette intervention, la pratiqua avec succès pour un cas de fistule biliaire de ce genre que nous rapportons (Obs. XIX). Les deux premières cholécystectomies françaises, faites par Michaux, le furent aussi pour des fistules biliaires rebelles de cette catégorie ; nous les rapportons, résumées, à la fin (Obs. XVII et XVIII).

Enfin cette intervention a donné d'heureux résultats entre les mains de presque tous les chirurgiens.

Nous devons, pour être complet, ajouter que la cholécystectomie doit parfois constituer le traitement préventif d'une fistule biliaire qui serait rebelle et être pratiquée d'emblée. Ce sont les cas où les altérations de la vésicule, la friabilité de ses parois rendent difficile une cholécystostomie qui ne serait

souvent, d'ailleurs, que le premier temps de l'intervention rationnelle (Voir obs. IV de M. Villard).

3^o *Fistule avec obstruction du cholédoque.*

— La fistule a été pratiquée en vue d'empêcher la stase biliaire et les accidents graves de cholémie. Cette fistule a été faite en tant qu'opération d'urgence, mais elle ne constitue pas le traitement rationnel de l'obstruction du cholédoque. Du reste, nous avons vu qu'au bout d'un certain temps les malades présentaient des symptômes dûs à l'absence de la bile dans l'intestin. Le chirurgien doit donc souvent songer à intervenir à nouveau au bout de peu de temps.

Les indications de l'intervention varieront nécessairement suivant la nature de l'obstacle qui sera extérieur au cholédoque, situé à son intérieur ou dans ses parois.

Si l'obstacle est extérieur au cholédoque et est constitué par la compression d'une tumeur de voisinage, telle qu'un cancer du pancréas ou du duodénum, le mieux sera peut-être de laisser les choses en état, la fistule étant alors une précieuse soupape de sûreté, et une intervention compliquée pouvant être préjudiciable au malade. Cependant il existe des observations où, dans des cas de ce genre, la cholécystentérostomie fut pratiquée et, chez deux opérés cancéreux de Monastyrski et Kappeler, la survie fut de deux mois pour l'un, de quinze mois pour l'autre.

Si l'obstruction est de nature cicatricielle ou calculieuse, les indications vont se préciser. MM. Ter-

rier et Dally ont insisté sur la valeur qu'a, dans ces cas, le cathétérisme des voies biliaires par la fistule et qu'ils ont les premiers bien décrit. Le cathétérisme peut, en effet, aider à la désobstruction du cholédoque, soit en mobilisant simplement les calculs et en favorisant ainsi leur progression ultérieure, soit en les refoulant d'emblée jusque dans l'intestin. On conçoit que ce refoulement sera relativement facile, lorsque le calcul aura depuis peu de temps émigré dans le cholédoque. J.-L. Petit avait déjà noté l'influence heureuse de cette mobilisation et, depuis, de nouvelles observations l'ont bien mise en lumière (Willet, *British. med. Journal*, nov. 1886). Il est inutile d'ajouter, comme les parois du canal sont presque toujours malades, que toutes ces manœuvres doivent être conduites avec une grande douceur.

S'il s'agit d'obstruction par rétrécissement inflammatoire ou cicatriciel, les indications du cathétérisme par la fistule se poseront encore. MM. Terrier et Dally observent, avec raison, que ces rétrécissements du cholédoque doivent être, au même titre que les rétrécissements de l'urèthre, justiciables, sinon de la dilatation permanente, proposée par Fontan, au moins de la dilatation temporaire progressive ; et on cite partout ce malade que Winiwarter a guéri en le cathétérisant tous les jours, pendant trois semaines, à travers une fistule biliaire (*Berliner Klin. Woch.*, octobre 1888).

Si dans les cas d'obstruction calculeuse, ces manœuvres ne réussissent pas, il restera au chirurgien

gient trois interventions différentes à tenter : La cholélithotripsie, la cholédochotomie ou la cholécystentéro-anastomose.

La cholélithotripsie (L. Tait) consiste à broyer le calcul dans l'intérieur même du canal cholédoque par la pression des doigts ou même avec le secours d'une pince à mors, enveloppée de caoutchouc. Une fois le calcul broyé, il faut en refouler les fragments dans le duodénum. Mais cette manœuvre, comme l'a fait remarquer M. Terrier, n'est peut-être pas aussi facile qu'on le croit et, en outre, malgré le succès qu'elle a pu donner, il semble qu'il faille à son égard se montrer plutôt réservé. Elle menace trop, en effet, l'intégrité des parois du cholédoque, pour être conseillée.

La cholédocotomie est certainement l'intervention qui mérite le plus de faveur et qui est aussi la plus rationnelle. Conçue par Kocher, pratiquée, pour la première fois, par Kümmel, elle consiste, après laparotomie latérale, à aller à la recherche du cholédoque obstrué, qu'on incise pour extraire les corps étrangers qui s'opposent au passage de la bile et à recoudre ensuite les lèvres de l'incision après s'être assuré par le cathétérisme, qu'il est complètement perméable. Terrier recommande, comme mesure prudente, après cette opération, de drainer le foyer opératoire ou tout au moins de fixer la vésicule à la paroi abdominale, ce qui est déjà fait dans les cas qui nous occupent. Cependant, la cholédocotomie présente parfois de sérieuses difficultés, quand le calcul est profondément engagé dans la portion rétro-

duodénale du cholédoque. Il faut alors passer à travers le pancréas ou ouvrir d'emblée le duodénum, ce qui constitue peut-être une contre-indication à la cholédocotomie en faveur de l'opération suivante : La cholécystentéro-anastomose.

Cette intervention est, du reste, la seule possible dans les cas d'obstruction par tumeur de voisinage. Conçue par Nüsbaum, pratiquée pour la première fois, par Winiwarter, précisée dans son manuel opératoire par Colzi, elle consiste dans l'abouchement de la vésicule biliaire avec une portion de l'intestin, abouchement destiné à rétablir le cours intestinal de la bile.

Les temps principaux en sont : L'incision de la paroi abdominale par laparotomie médiane, l'exploration de la vésicule et des canaux biliaires; l'établissement de la fistule, la suture avec drainage et pansement. L'anastomose de la vésicule avec l'intestin peut se faire :

- a) Avec le colon ;
- b) Avec l'estomac ;
- c) Avec le duodénum.

Bien que pratiquée dans un cas avec le colon, par Mayo-Robson et avec succès, elle est à rejeter comme irrationnelle et en désaccord avec la physiologie. L'abouchement avec l'estomac ne semble, d'après les recherches expérimentales de Dastre, n'avoir aucune influence nuisible sur cet organe. Certains cas de MM. Wickhoff, Terrier et Jaboulay, semblent confirmer ces recherches. Toutefois, ce mode opératoire n'est pas non plus complètement

en accord avec la physiologie et, en outre, il a produit souvent aux chirurgiens des mécomptes sérieux. L'abouchement avec le duodénum est sûrement de ces trois modes le plus rationnel. Il a aussi des inconvénients sérieux dont le plus redoutable est l'infection ascendante des voies biliaires comme le montrent certaines observations de Terrier.

Est-il besoin de rappeler à ce propos le cas encore récent de ce médecin célèbre qui vantait les bienfaits de la cholécystentéro-anastomose qu'on venait de lui pratiquer, et qui succomba quelques mois plus tard à une infection biliaire ascendante?

Nous devons donc mettre un point d'interrogation en face des résultats qu'on peut attendre de cette intervention. Quoi qu'il en soit, elle peut être décidée — dans ces cas de fistule biliaire permanente — quand la cause d'oblitération complète ou incomplète du cholédoque (rétrécissement, calcul ou tumeur périphérique) n'est pas un rétrécissement dilatable, un calcul possible soit à mobiliser par cathétérisme, soit à enlever par cholédocotomie, ou bien un cancer trop avancé, et lorsque les changements de rapports de la vésicule ou l'altération de ses parois n'obligent pas à laisser les choses en état. Dans les cas contraires on s'en tiendra à l'abstention, la fistule restant un pis-aller, mais un pis-aller permettant au malade une survie relative.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Dr VILLARD.

CHOLÉCYSTOSTOMIE POUR ANGIOCHOLÉCYSTITE SUPPURÉE. — FISTULE MUQUEUSE PERSISTANTE PAR OBLITÉRATION DU CANAL CYSTIQUE. — DÉSOBSTRUCTION SPONTANÉE NEUF MOIS APRÈS. — GUÉRISON.

Mme D... est âgée de 21 ans. Sa mère est morte de cirrhose alcoolique et son père de fièvre typhoïde.

Elle a une sœur et deux frères en bonne santé. Un frère est mort du croup à 6 ans; deux autres jumeaux sont morts en bas âge.

Dans ses antécédents personnels il n'y a rien de particulier à signaler jusqu'à l'âge de 12 ans. C'est à cette époque qu'elle eut ses premières règles et qu'elle vit apparaître des secousses nerveuses qui persistent encore aujourd'hui et qui la firent traiter pour une chorée.

A 15 ans, à la suite de chagrins intimes, elle fut prise de vomissements qui durèrent un mois environ. Ils survenaient sans effort et portaient sur tous les aliments, aussi bien les solides que les liquides.

Mariée à 16 ans $1/2$, elle eut une grossesse qui ne fut marquée par aucun accident. L'accouchement se fit à terme; l'enfant fut envoyé en nourrice et il est actuellement bien portant.

C'est un an après, à 20 ans, que la malade ressentit ses premiers symptômes douloureux. Elle se plaignait alors assez fréquemment de maux d'estomac qui survenaient presque toujours à la même heure. Dans la journée, le mal était supportable; mais la nuit, de 1 heure à 3 heures du matin, elle éprouvait au creux épigastrique des douleurs lancinantes très vives qui lui arrachaient parfois des cris.

Au milieu de ces accidents, la malade qui était enceinte de trois mois eut une fausse couche.

A partir de cette époque, les phénomènes douloureux s'accroissent, les digestions devinrent difficiles; la constipation habituelle, devint plus opiniâtre, et, au bout de quelques semaines, à mesure que l'appétit diminuait, on constatait un amaigrissement considérable.

Au mois de mai, avec le début d'une nouvelle grossesse, coïncide une aggravation de ce mauvais état général. La malade s'aperçut alors qu'elle grossissait surtout au niveau de la ceinture, tandis que le bas du ventre restait normal. L'accroissement à ce niveau était même si rapide qu'elle dut faire élargir ses corsages de 12 centimètres dans une seule semaine.

Les douleurs devinrent alors constantes, elles étaient exaspérées par les mouvements et par la toux; nettement localisées à l'hypochondre droit, elles avaient des irradiations dans l'épaule et dans le dos. La malade, en proie à une lassitude extrême, ne s'alimentant plus qu'avec des liquides, prise, le soir, de frissons et de fièvre, s'alita définitivement.

Le Dr Gelibert qui soigne la malade fait appeler le Dr Villard en consultation le 6 octobre.

L'état général s'est aggravé. La température fournit de grandes oscillations, et la région hépatique devient particulièrement douloureuse. A l'examen de l'abdomen la palpation révèle à droite, au-dessous du rebord des fausses côtes et sur le bord externe du muscle grand droit une tuméfaction très douloureuse à la pression. L'exploration de la région lombaire montre l'intégrité du rein. L'existence de douleurs irradiées dans l'épaule, les antécédents lithiasiques probables de la malade font porter le diagnostic de cholécystite suppurée, et, malgré l'état de grossesse, l'intervention est décidée.

Elle est pratiquée le 10 octobre.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Une incision, menée sur le bord externe du grand droit, découvre facilement le bord

tranchant du foie qui est œdématisé et abaissé. Ce n'est qu'en soulevant ce bord qu'on découvre la vésicule biliaire cachée sous la face inférieure du foie, n'ayant aucune tendance à contracter des adhérences avec la paroi adominale. Le vésicule est enflammée, augmentée de volume. Ses parois ont perdu la coloration bleue, ardoisée, normale. Elle est remplacée par une teinte puriforme. Les parois sont épaissies, recouvertes d'exsudats et révèlent tout de suite une extrême friabilité. On se rend compte rapidement qu'on ne pourras amener le fond de la vésicule à la paroi pour faire une cholécystostomie régulière. On se décide donc à isoler le réservoir de la cavité abdominale au moyen de compresses, puis à inciser le fond de la vésicule et à drainer sa cavité; elle contenait du pus et du sable biliaire, pas de bile. Le canal cystique paraît oblitéré, mais on ne sent pas de calcul dans le bassinet.

Les suites opératoires furent simples du côté de la cavité abdominale et des voies biliaires; mais, au quatrième jour, survinrent des phénomènes de pleuro-pneumonie qui persistèrent pendant dix jours, avec un certain caractère de gravité. La guérison était pourtant définitivement obtenue le 25^e jour. La malade conservait seulement une fistule cutanée laissant échapper journellement, par un très petit orifice, une quantité relativement abondante de liquide. Tout d'abord ce liquide fut purulent, puis il devint séreux, clair et de consistance visqueuse sans qu'on pût y déceler aucun pigment biliaire.

Très rapidement l'état général de la malade se releva. L'appétit et l'embonpoint reparurent et elle put mener à bien sa grossesse qui, se termina par un accouchement normal, le 25 février 1899.

A partir de cette époque, la malade put être considérée comme rétablie définitivement, à part la persistance de la fistule muqueuse dont les caractères ne se modifient en aucune façon. Des tentatives multiples, destinées à détruire la muqueuse de la vésicule ou à rétablir la perméabilité du

canal cystique sous forme d'injections irritantes et de cathérisme, restèrent sans résultat, et l'indication d'une cholécystectomie curatrice commençait à se poser, lorsqu'en juillet 1899 un phénomène nouveau se montra.

A la suite d'un peu de surmenage, la malade vit apparaître de nouveau les symptômes précédents : douleurs vives au creux épigastrique, inappétence, amaigrissement.

Le 13 juillet, au milieu de son dîner, la malade éprouva subitement des douleurs très vives au niveau de sa fistule biliaire ; ces douleurs persistèrent pendant une heure environ ; dès qu'elles furent calmées, la bile, qui n'avait jamais passé par la fistule, sortit en grande abondance.

14 juillet. — Injection astringente dans la fistule, suivie de douleurs très vives. Matières complètement décolorées. Calomel et benzo-naphtol.

22 juillet. — Etat stationnaire. La malade évalue à plusieurs litres, la quantité de bile qui sort par sa fistule dans 24 heures.

Dans les pansements on voit apparaître une boue noirâtre et de petits calculs. L'écoulement de la bile diminue de plus en plus. Les matières se colorent.

31 juillet. — L'écoulement est tari et la fistule biliaire est cicatrisée complètement.

Actuellement, Mme D... est en parfaite santé. Sa fille, qui a deux ans et demi, n'a jamais été malade. La malade a eu une nouvelle grossesse qui ne fut signalée par aucun accident. Mais, à la suite d'une marche prolongée, elle accoucha, à sept mois d'un enfant qui mourut une heure après l'accouchement.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Dr Villard.)

CHOLÉCYSTITE SUPPURÉE. — CHOLECYSTOSTOMIE. — GUÉRISON
DE LA FISTULE DEUX MOIS ET DEMI APRÈS

Mme X..., 35 ans, entre à la Charité, en juillet 1899, pour des accidents fébriles avec phénomènes douloureux du côté

de l'hypochondre droit. L'examen du ventre fait reconnaître à mi-chemin, entre le rebord des fausses côtes et la fosse iliaque, une tuméfaction douloureuse rappelant un foyer péri-appendiculaire ou une cholécystite suppurée basse. Après beaucoup d'hésitation c'est à ce dernier diagnostic qu'on se rattache.

Une incision, pratiquée sur le bord externe du droit, conduit sur la vésicule très dilatée, adhérente aux organes voisins par ses parois épaissies et enflammées. Une cholécystotomie est pratiquée et une assez grande quantité de pus sans calculs s'écoule à l'extérieur. On reconnaît nettement la présence de la bile dans l'écoulement. Les suites opératoires furent simples. La température tomba en même temps que l'état général se relevait. Mais il s'établit une fistule biliaire donnant passage journellement à une quantité considérable de bile. Les matières fécales restaient néanmoins notablement colorées. Au bout d'un mois l'orifice fistuleux était déjà considérablement rétréci et la quantité de bile journellement évacuée, beaucoup diminuée.

Ce ne fut qu'au bout de deux mois et demi pourtant que la fistule fut complètement oblitérée.

L'année suivante, cette malade reprend des phénomènes douloureux dans l'hypochondre droit ; elle revoit, à ce moment, M. Villard et réclame une nouvelle intervention, malgré l'absence de phénomènes fébriles. Après quelques hésitations, devant la persistance des douleurs, la réouverture de la vésicule biliaire est pratiquée en septembre 1900. Le réservoir est trouvé peu altéré, contenant seulement une bile plus filante qu'à l'état normal mais pas de calculs.

Pensant qu'il s'agissait, là, d'un état de cholécystite légère, M. Villard abouche à la peau les parois de la vésicule dans un but de drainage. A ce moment les voies biliaires de la malade paraissent en totalité perméables. Pas d'ictère ; pas de décoloration des matières fécales ; le cystique laisse passer une notable quantité de bile qui s'écoule à l'extérieur. Cette intervention fait cesser les douleurs. Peu à peu l'ori-

fice fistuleux se rétrécit et, au bout d'un mois et demi, la guérison complète est obtenue et s'est maintenue depuis.

OBSERVATION III (M. VILLARD).

(Résumée).

ANGIOCHOLÉCYSTITE INFECTIEUSE. — CHOLÉCYSTOSTOMIE COMPLÈTE. — VOIES BILIAIRES DEVENUES PERMÉABLES. — PERSISTANCE DE LA FISTULE BILIAIRE DUE VRAISEMBLABLEMENT A L'ECTROPION DE LA MUQUEUSE DE LA FISTULE.

Mme R..., cinquante ans, est vue le 17 juillet 1901 en ville, par le docteur Bouchet, qui fait le diagnostic de colique hépatique, survenue depuis quatre jours à la suite d'émotions vives. Le 10 août, M. le docteur Bouchet qui a continué à la soigner, constate un ictère assez accentué, de la décoloration des matières fécales, une température qui se maintenait entre 38 et 39°, un état général médiocre. Il fait un traitement symptomatique.

Vers la fin de septembre, la malade qui a beaucoup maigri paraît se cachectiser, si bien qu'avec l'existence d'une infection des voies biliaires on songe à la possibilité d'un néoplasme.

M. le docteur Villard est alors appelé en consultation et fait le diagnostic d'angiocholécystite infectieuse. Il propose une intervention qui est acceptée par la malade et pratiquée le 5 octobre.

Octobre 1901. — *Intervention.* — Laparotomie sur le bord externe du droit. On découvre rapidement la vésicule qui apparaît peu distendue, et au premier abord semble saine. La palpation ne révèle aucun calcul dans son intérieur. Un examen plus attentif montre l'inflammation de l'organe. Les parois en sont épaissies et ont perdu la coloration bleu-ardoisée normale. L'inflammation n'est certainement pas très intense mais existe pourtant. Aussi se décide-t-on à pra-

tiquer une cholécystostomie. Avant d'ouvrir la vésicule, celle-ci, grâce à l'absence d'adhérences, peut être attirée au travers de la plaie abdominale et suturée sur tout son pourtour à celle-ci à environ deux centimètres de son fond.

La plaie abdominale étant elle-même suturée et par conséquent toutes les précautions destinées à empêcher l'infection du péritoine étant prises, les parois de la vésicule sont incisées et suturées à la peau. L'infection du réservoir apparaît alors manifestement. La muqueuse est très épaisse, boursoufflée. La bile est très épaisse, gommeuse, de coloration puriforme. Un tube de drainage est laissé dans son intérieur.

Le lendemain de l'intervention, le cystique qui était probablement oblitéré par la bile épaisse s'est désobstrué et un écoulement considérable biliaire a lieu. Tous les phénomènes infectieux cèdent à ce moment. La température remonte immédiatement à la normale. Les jours suivants, l'écoulement de bile se continue très abondant, en même temps que l'état général se relève. Les matières fécales sont colorées.

Mars 1902. — A la suite de l'intervention la malade s'est à peu près complètement rétablie. Néanmoins, il a persisté chez elle une très grande faiblesse peut-être en rapport avec la déperdition biliaire qui se produisait chaque jour. A un moment donné même, elle a présenté de la tétanie. La fistule ne s'est pas modifiée, et l'on constate à son niveau un manifeste degré d'ectropion de la muqueuse, probablement en rapport avec le manuel opératoire suivi dans la cholécystostomie. Il est rationnel d'admettre que c'est à l'éversement de cette muqueuse qu'il faut rattacher la persistance de la fistule. Tous les symptômes hépatiques : Ictère, fièvre, anorexie, ont disparu.

Le 29 avril, la malade est revue pour des phénomènes de grippe. Elle présente en outre, depuis quelques jours, une légère teinte subictérique due sans doute au réveil de son infection biliaire à l'occasion de sa grippe. Rien à noter de nouveau du côté de sa fistule.

OBSERVATION IV

(Résumée.)

Due à M. le Professeur agrégé VILLARD.

CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE SUPPURÉE. — CHOLÉCYSTECTOMIE
D'EMBLÉE. — GUÉRISON.

S... Marie, 47 ans. Entrée le 20 janvier 1901 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur M. Pollosson, suppléé par M. Villard.

Cette malade souffre, depuis plusieurs années, environ tous les quinze jours, de douleurs abdominales très vives. Ces douleurs partent du flanc droit, s'irradient dans tout le ventre et sont extrêmement vives. Il existerait, à la fin de la crise, une émission abondante d'urine. Ces urines sont troubles et légèrement purulentes. Parfois la malade aurait remarqué du sable dans ses urines.

Certaines des crises avaient été accompagnées de vomissements. La malade raconte qu'au moment des crises le ventre deviendrait plus gros à droite ; il ne diminuerait pas après l'élimination des urines.

Jamais d'ictère, jamais de douleur dans l'épaule. A la palpation on trouve une tumeur dans le flanc droit, s'accompagnant de ballottement rénal. Le foie paraît un peu augmenté de volume. Peu de douleur à la pression. On reconnaît mal la sonorité du côlon en avant ; peut-être n'existe-t-elle pas.

Pas de réaction thermique appréciable.

5 février. — *Opération.* — Laparotomie latérale sur le bord externe du grand droit. On rencontre la vésicule biliaire sous-jacente à la languette antérieure du foie. Elle est un peu augmentée de volume, mais très adhérente et certainement purulente. Elle est soudée à la face inférieure du foie et repose sur le rein, ce qui donnait la sensation de ballottement.

On sent un calcul dans le bassin. La cholécystostomie paraissait difficile à cause de la situation de la vésicule et de l'altération de ses parois. La cholécystectomie fut préférée ; c'était une opération radicale. Outre sa difficulté, la cholécystostomie ne présentait que l'espoir incertain d'une désobstruction du cystique.

Dissection de la vésicule. Ligature du cystique. Ablation de la vésicule.

Suture. — On laisse une mèche de drainage.

12 février. — Suites très simples. Aucun écoulement biliaire.

16 mars. — La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION V

MM. JOSSERAND ET ADENOT, in *Gaz. Hebdom.*, juin 1898.

ANGIOCHOLITE. — CHOLÉCYSTOSTOMIE. — GUÉRISON DE LA
FISTULE 3 MOIS ET DEMI APRÈS.

B. F..., âgé de 64 ans, laitier, entre, le 9 décembre 1897, à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service du docteur Josserand, pour des accidents hépatiques dont la nature n'est pas nettement définie.

Son père est mort à 74 ans et sa mère à 68 ans, de maladies inconnues. Il a un frère vivant et bien portant âgé de 74 ans. Dans les antécédents personnels on note une bonne santé habituelle. Pas de syphilis. Ethylisme assez marqué, 3 litres de vin par jour, 2 à 3 petits verres, pas d'absinthes.

Il y a 3 ans, entérite dysentérique durant trois mois. Le malade, qui était très gros, avait maigri beaucoup (glaires et sang). Il se rétablit complètement sans recouvrer son embonpoint et reprit son travail et ses forces.

Il y a six semaines il eut encore pendant huit jours de la diarrhée, avec six selles par jour, mais cette fois non dysentériques. Cette diarrhée était passée lorsqu'il y a 15 jours

survint un accès brusque de douleur hépatique ressemblant à un accès de colique hépatique, et survenant en bonne santé.

Voilà seize jours que cette douleur subsiste d'une manière continue : elle a pour siège la région épigastrique et l'hypo-chondre droit, elle empêche le malade de dormir, et s'exaspère à la moindre pression. Anorexie considérable.

A son entrée, le malade paraît amaigri, déjà cachectique ; cet aspect est augmenté encore par un subictère si léger qu'il faut rechercher la présence des pigments biliaires dans l'urine pour pouvoir l'affirmer, et qu'on pourrait croire à première vue à la teinte jaune paille des cancéreux. Température, 39°.

Le foie dépasse les fausses côtes de quatre travers de doigt et est très sensible à la pression. Pas d'ascite. Pas de circulation veineuse supplémentaire, pas de splénomégalie. La surface du foie paraît unie, sans bosselure. Ni diarrhée, ni constipation.

Rien au cœur, rien aux poumons. Dans les urines, réaction de Gmelin très légère, léger disque d'albumine. Pas de sucre.

Jusqu'au 14 décembre, l'état général reste stationnaire, et les températures oscillent entre 38°2 et 39°8.

14 décembre — La légère teinte subictérique des téguments a disparu, ainsi que la douleur hépatique. Mais l'état général ne s'est pas amélioré parallèlement : la fièvre persiste, et une diarrhée assez abondante s'établit.

18 décembre. — Même diarrhée, 5 et 6 selles liquides dans la nuit ; même fièvre, même anorexie. La cachexie s'est encore accentuée ; œdème pré tibial, œdème lombaire considérable.

25 décembre. — Même état. Mais en outre le malade a été pris hier d'une nouvelle crise douloureuse analogue à celle qui avait précédé son entrée à l'hôpital ; cette crise a duré 30 heures, et le maximum de la douleur siégeait au creux épigastrique. Le matin nous constatons que la légère teinte subictérique des téguments a reparu et les urines, traitées

par l'acide nitrique et par la teinture d'iode, présentent les réactions des pigments biliaires.

30 décembre. — La teinte subictérique a diminué un peu, mais la fièvre et la diarrhée persistent, l'œdème des membres inférieurs et des lombes est considérable, la faiblesse est extrême et le pronostic est fatal à brève échéance.

L'intervention chirurgicale est décidée pour le lendemain, dirigée contre une cholécystite et une angiocholite d'origine calculieuse, avec quelques réserves relatives à la possibilité d'un abcès du foie en raison des antécédents dysentériques du sujet.

Opération. — Laparotomie latérale. Incision oblique de 12 centimètres.

Section des plans superficiels et du péritoine.

Le foie apparaît gros, souple, à tissu plutôt trop mou.

Bord et surface unis, sans bosselures.

Pas de périhépatite.

Par la palpation du tissu hépatique, on ne sent aucune trace d'abcès intraparenchymateux.

La vésicule paraît grosse, assez distendue, mais non cependant d'une façon extrême.

L'exploration de la vésicule permet de s'assurer qu'elle ne contient aucun calcul. De même l'exploration des canaux extrahépatiques ne laisse découvrir aucune trace de calculs, ni de tumeur.

La palpation et la malaxation de la vésicule permet de la vider en partie de son contenu.

Les parois deviennent flasques peu à peu, mais la tension du liquide ne diminue que lentement.

L'écoulement de la bile par les voies naturelles n'est donc pas complètement arrêté, mais certainement gêné.

Les parois de la vésicule sont fixées à la paroi de l'abdomen et la cavité cystique ouverte.

Il s'échappe un liquide filant, non purulent, légèrement ambré, mais transparent comme de l'eau de roche.

Un drain en caoutchouc est introduit temporairement dans la vésicule pour faciliter l'écoulement,

Le soir de l'opération la température est montée au delà de 40°.

La diarrhée persiste.

1^{er} janvier 1898. — La température a baissé d'un degré et demi.

T. R. 39°.

La nuit a été assez agitée. Diarrhée persiste.

Pas de vomissements. L'œdème pré tibial persiste.

Etat subictérique des conjonctives. Pigments dans les urines.

2 janvier. — Même état. Quelques douleurs abdominales. Le pansement est traversé par une quantité abondante de bile. L'examen du liquide limpide recueilli au moment de l'ouverture de la vésicule fait constater quelques cocci et une grande abondance de bacilles qui se colorent par le violet de gentiane et qui ne prennent que le Gram, ayant les caractères du coli-bacille.

3 janvier. — Pansement. Pas de pus, mais bile en grande quantité.

La température = 38°,4.

Le malade dit se sentir mieux. Néanmoins l'état général est toujours très cachectique.

6 janvier. — Amélioration sensible. La température rectale oscille autour de 38°.

Le malade commence à s'alimenter. La diarrhée a disparu. Ecoulement toujours abondant de bile par la plaie.

L'œdème lombaire a notablement diminué.

10 janvier. — L'œdème lombaire a disparu. Le subictère s'est dissipé. Le pigment biliaire a également disparu des urines.

13 janvier. — Apyrexie complète depuis trois jours. Le malade se sent très bien. L'appétit renaît. La diarrhée n'a pas reparu. L'œdème lombaire n'existe plus.

Dans le pansement existe une petite quantité de pus.

17 janvier. — L'état général s'est fort amélioré depuis l'opération.

L'ictère a totalement disparu. Pas de fièvre.

Le malade a bon appétit. Pas de diarrhée.

Localement la plaie va bien. Le drain a été enlevé. La fistule est bouchée et il ne sort plus de bile par le pansement.

19 janvier. — Pansement. Un peu de pus s'écoule par la plaie qui bourgeonne mal. Un petit clapier s'est formé.

Etat général toujours bon.

20 janvier. — Poids : 45 kilog. 605.

25 janvier. — Une petite quantité de bile a traversé le pansement.

Un peu de pus existe au fond de la plaie.

Etat général bon.

4 février. — Poids : 48 kilog. 500.

L'écoulement biliaire a augmenté sensiblement par la plaie. L'orifice fistuleux est profond, mais étroit et en partie masqué par une surface bourgeonnante.

L'exploration du foie permet de reconnaître que l'organe est resté presque aussi volumineux qu'avant l'opération, c'est-à-dire que l'on sent le bord antérieur partir des fausses côtes et parcourir dans l'abdomen un trajet à peu près horizontal un peu au-dessus de l'ombilic.

Le foie paraît hypertrophié dans son ensemble.

Pas de bombure.

La rate n'est perceptible ni par percussion ni par palpation.

L'état général s'est beaucoup amélioré.

Le malade commence à se lever.

La diarrhée, l'ictère ont disparu.

14 février. — Poids : 48 kilog.

25 février. — Poids : 50 kilog.

7 mars. — Poids : 51 kilog. Fistule biliaire persistante, matières fécales colorées. Etat général très bon, appétit excellent.

27 mars. — Poids : 52 kilog. Le liquide de la vésicule reste stérile.

15 avril. — Le malade demande sa sortie. La fistule biliaire est oblitérée. Le foie est rétracté, ne dépasse plus les fausses côtes. L'état général est tout à fait florissant.

OBSERVATION VI

(*Soc. de Chirurgie*, nov. 1896 et mars 1897 M. QUÉNU.)

ANGIOCHOLITE. — CHOLÉCYSTOSTOMIE. — OBLITÉRATION
SPONTANÉE DE LA FISTULE 4 MOIS APRÈS

Malade âgé de 43 ans, entre dans le service de M. Quénu en juin 1896. Bien portant jusqu'il y a 18 mois, cet homme avait été pris à cette époque de douleurs violentes dans l'hypochondre droit, avec irradiations dans l'épaule droite, vomissements et subictère consécutif. Le médecin porta le diagnostic de colique hépatique.

Après cette crise, la santé se rétablit et se maintint bonne jusqu'au commencement d'avril 1896. Alors survinrent, deux ou trois fois par semaine, des coliques très violentes avec irradiations d'un hypochondre à l'autre et durant près d'une heure.

A la fin de mai, l'état s'aggrava, les douleurs d'intermittentes devinrent continues et le malade se décida à entrer à l'hôpital Broussais. Le Dr Barth constata un foie volumineux, débordant de deux travers de doigt les fausses côtes, avec prédominance de la douleur à la pression, au niveau de la vésicule. Rate hypertrophiée ; teinte subictérique de la peau. T. : 38°5, pouls : 108. Malgré un traitement actif l'état empira, la température s'éleva à 40° et le malade nous fut adressé. Le 16 juin 1896, nous constatons l'état suivant : état général très mauvais ; le faciès est presque typhique. Le malade répond à peine aux questions qu'on lui pose. Il se plaint de douleurs dans tout le ventre. La teinte ictérique

est généralisée aux téguments et aux muqueuses. Le foie mesure, 18 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La rate est grosse, la langue sèche. Constipation. Les selles obtenues par un lavement sont complètement décolorées. Le peu de fréquence du pouls (68) contraste avec la température qui monte à 38°. Quelques râles à la base du poumon.

Les urines sont foncées, contiennent des acides et des pigments biliaires et de l'indican. Ni sucre, ni albumine.

Le 19, le thermomètre s'élève au-dessus de 40°. Le 22 juin nous pratiquons la laparotomie sur le bord externe du muscle droit; nous commençons par pratiquer une exploration méthodique des voies biliaires. Nous reconnaissons que la vésicule ne renferme que de la bile et pas de calculs; le canal cystique et le canal cholédoque sont tour à tour explorés; le doigt pénètre facilement dans l'hiatus de Winslow, nos recherches sont rendues faciles par l'absence de péritonite périvésiculaire et périhépatique.

Je me décide à créer simplement une fistule biliaire. Je fixe le fond de la vésicule biliaire à la paroi et pratique une toute petite ouverture, comparable à celle qui est en usage dans les gastrostomies.

Le soir de l'opération, la température tombe à 35°9, se relève vite à 36°6, ne dépasse 37 de 3 dixièmes qu'une seule fois, le lendemain et oscille ensuite entre 36°8 et 37°.

L'état général s'améliore parallèlement à la chute thermométrique, la teinte ictérique s'efface. Les selles deviennent colorées. Par la fistule s'écoule une grande quantité de bile foncée, verdâtre. Les cultures de cette bile, prise pendant l'opération, montrent qu'elle fourmille de *bacterium coli*.

Le 3 juillet, l'écoulement de bile est toujours abondant. Le liquide est moins foncé et moins trouble. Les urines sont peu colorées, les matières blanches. La sécrétion quotidienne, qui est normalement de 1,000 grammes, est en forte diminution.

Le 22 juillet, la quantité de bile s'écoulant par la fistule a beaucoup diminué, les matières sont légèrement colorées.

Le 23, accès de fièvre avec douleurs abdominales généralisées.

On observe, dans le pansement, une bile beaucoup plus verte que les jours précédents.

Le 5 août, deux accès de fièvre, frisson, phase de chaleur et de transpiration abondante.

Un troisième accès de fièvre survient le 15 août. C'est le dernier jusqu'à la sortie de l'hôpital, c'est-à-dire le 13 septembre.

Le 24 octobre, le malade revient se faire examiner, il se trouve très bien, il a repris son travail depuis un mois. La fistule biliaire s'est spontanément refermée il y a 3 semaines, c'est-à-dire 4 mois après l'opération.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Il existe une légère excavation dans l'étendue de 2 centimètres.

OBSERVATION VII

(*Soc. de Chirurgie*, 17 mars 1897, M. LEJARS.)

CHOLÉCYSTITE ET ANGIOCHOLITE INFECTIEUSES A COLI-BACILLE. —
CHOLÉCYSTOSTOMIE. — GUÉRISON. — LA FISTULE SE FERME
SPONTANÉMENT AU BOUT DE SEPT SEMAINES.

Garçon de 25 ans, ne présentant rien de notable dans ses antécédents.

Depuis 2 ans, il souffrait de douleurs abdominales très vives, revenant par crises et occupant toute la région du foie sans s'irradier dans l'épaule droite. Il avait remarqué que ces crises se reproduisaient souvent après le repas ; elles s'accompagnaient de vomissements et duraient quelques heures.

Depuis plusieurs mois elles s'étaient rapprochées et avaient acquis un degré d'acuité et une durée beaucoup plus marqués. Elles se prolongaient 7 à 8 jours, se compliquaient de fièvre, de frissons, de nausées et de vomissements continuels et assez souvent de subictère. Les douleurs n'avaient pas, du

reste, d'irradiations bien nettes; elles étaient diffuses dans toute la région hépatique, variaient beaucoup en intensité et ne cessaient jamais brusquement.

Lorsque le malade entra à l'hôpital Beaujon, le 21 septembre 1896, les accidents avaient disparu depuis 5 jours et, d'emblée, avaient revêtu un caractère d'acuité jusqu'alors inconnu : douleurs violentes et continues, vomissements répétés, fièvre, teinte ictérique généralisée qui se fonçait de plus en plus.

De fait, l'aspect général était très alarmant; le faciès amaigri, tiré, d'un jaune terreux, contrastait avec la coloration très jaune des conjonctives; la langue sèche, rôtie, l'haleine fétide, la peau brûlante, le pouls fréquent, petit, irrégulier, la température se maintenant à 39°, sans rémission, témoignaient d'une intoxication profonde; les nuits étaient très agitées et l'insomnie se compliquait de subdelirium; du reste, les souffrances ne faisaient que s'accroître et la sensibilité extrême de tout l'hypocondre gênait même singulièrement l'exploration. Les selles très rares étaient en partie décolorées, blanchâtres, épaisses et contenaient, avec des pigments biliaires, une légère quantité d'albumine.

Au palper de la région hépatique et à la percussion on obtenait ce qui suit : le foie déborde des fausses côtes d'au moins trois travers de doigt; sa surface paraît régulière et la pression sur toute la hauteur accessible de l'organe est extrêmement douloureuse; au-dessous du relief que dessine son bord inférieur et sur la partie moyenne, on arrive à délimiter une masse arrondie, qui paraît large de deux travers de doigt environ et qui se prolonge en bas de pareille longueur; il ne semble pas douteux que cette tumeur ne représente la vésicule biliaire distendue, mais cachée en partie par le foie, et moins apparente qu'elle ne l'est assez souvent dans les cas analogues.

Le diagnostic fut donc celui de cholécystite et angiocholite infectieuse. Devant l'intensité des douleurs et surtout la

gravité croissante des phénomènes généraux, l'intervention nous parut urgente.

Elle fut pratiquée le 23 septembre, sous l'éther. Incision verticale sur le bord externe du muscle droit. Je tombe sur la face convexe du foie, qui descendait très bas, comme nous l'avait indiqué l'examen extérieur, et dont la consistance était mollassse et la coloration presque noire. Il fallut soulever son bord antérieur pour mettre à découvert la vésicule, dont une languette de parenchyme recouvrait toute la face supérieure; la vésicule était verdâtre, très tendue, du reste libre d'adhérences; la réplétion était trop grande pour que le doigt pût aisément en apprécier le contenu, mais, le long du canal cystique et du canal cholédoque, je ne trouvai aucune trace de concrétion calculeuse ni aucune induration. Je me mis alors en devoir de faire la cholécystostomie, mais ce ne fut pas sans difficulté que je parvins à accoler le fond de la vésicule à la paroi par un rang de sutures séro-séreuses, à cause du peu de relief qu'il dessinait et de la longueur de l'opercule hépatique sous lequel il se dérobaît.

La première journée fut un peu agitée; mais le soir la température était tombé à 37° et les douleurs étaient considérablement diminuées.

Le 24, le faciès est meilleur, le pouls plein, fréquence à peu près normale, T. 37°2. Un lavement est suivi d'une garde-robe blanchâtre. Le pansement n'est pas taché et il coule peu de bile par la fistule. Ce ne fut qu'au bout de quarante-huit heures que l'écoulement biliaire devint abondant et l'état général continua dès lors à s'améliorer.

Le 29, il y eut une nouvelle élévation thermique, à 38°5, accompagnée d'un peu de douleurs et d'abattement; les selles, qui avaient repris une coloration brunâtre, furent de nouveau, ce jour-là, décolorées: 600 grammes de sérum de Hayem en injections sous-cutanées. Le lendemain, la crise avait disparu et c'était la dernière.

A partir de ce moment, la guérison se poursuivait sans nouvel incident; l'appétit était redevenu bon, la bile fluait

largement par la fistule ; les selles étaient normales, la teinte ictérique, encore très marquée durant les premiers jours, s'atténuait de plus en plus.

La bile, extraite au cours de l'opération, contenait en abondance le bacterium coli presque pur. Le 23 octobre, un mois après l'établissement de la fistule, la bile, de nouveau examinée, renfermait le coli-bacille en quantité beaucoup moindre. Enfin un dernier examen, fait quinze jours après, fit reconnaître encore quelques microbes assez mal caractérisés.

A ce moment tous les accidents avaient cessé. Il n'y avait plus trace d'ictère et le malade, qui se levait toute la journée et qui se portait à merveille, n'attendait plus et avec impatience que l'occlusion de la fistule pour sortir de l'hôpital. L'écoulement biliaire avait, du reste, très notablement diminué et, devant l'excellent état général, le foie ayant, du reste, repris depuis longtemps ses dimensions ordinaires, il nous parut inutile de prolonger plus longtemps le drainage de la vésicule. Le 15 novembre, la cicatrisation était achevée, et le malade quittait le service pour reprendre quelques jours après son travail. Depuis lors, les douleurs n'ont pas reparu, toutes les fonctions sont parfaites et notre ancien opéré est aujourd'hui d'une santé florissante. Le foie a repris et garde son volume ordinaire ; on ne sent pas la vésicule.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé TIXIER).

CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE SUPPURÉE. — CHOLÉCYSTOSTOMIE COMPLÈTE. — FISTULE NON BILIAIRE PAR OBLITÉRATION DU CYSTIQUE. — DÉSOBSTRUCTION DU CYSTIQUE PAR INJECTIONS MODIFICATRICES. — ECOULEMENT BILIAIRE PAR LA FISTULE QUI PERSISTE.

Mme G..., 54 ans, sans profession, à Vienne (Isère).
Pas d'antécédents héréditaire. Personnellement excellente

santé, femme vigoureuse, mariée, mère de plusieurs enfants en excellente santé.

Depuis quinze ans au moins, crises à répétition consistant en douleurs brusques dans l'hypochondre droit à la partie inférieure, s'irradiant dans la fosse iliaque, vomissements, absence de gaz et de selles, température pendant quelques jours. Pas de douleur dans le bras droit. Jamais d'ictère, jamais la moindre coloration jaunâtre de téguments, jamais de décoloration de selles. La malade fut examinée à différentes reprises pendant ses crises, par plusieurs médecins. Ceux-ci n'ont jamais pu croire à des coliques hépatiques et, à cause des douleurs dans la fosse iliaque droite, de la constipation opiniâtre, ils penchaient vers une appendicite à répétition.

À cause de l'embonpoint exagéré de la malade, la palpation ne décèle rien du côté du foie. Jamais on a senti de vésicule, ni d'empatement manifeste du côté de la fosse iliaque.

Dans les premiers jours du mois d'août 1901, la malade est prise à nouveau de crise aiguë : douleurs, vomissements, absence de gaz et de selles. Température : 39°, 5. Météorisme, etc.

Un docteur, consulté, après avoir fait le diagnostic de coliques hépatiques, revient sur sa première idée, quand il constate au bout de quatre ou cinq jours, une tuméfaction considérable dans le flanc droit, dont le maximum correspond au point de Mac-Burney. Il admet une appendicite et fait appeler le docteur Tixier, le 8 août, pour opérer.

Intervention. — Incision de Roux remontant un peu haut le long du cœcum. On trouve une masse d'épiploon très adhérente à la fosse iliaque, cachant le cœcum et une tumeur lisse, unie, du volume d'une petite aubergine, que l'on reconnaît bientôt pour être la vésicule biliaire. Celle-ci est décollée, par son sommet, de la fosse iliaque, et on arrive à la faire saillir entre les lèvres de la plaie. Elle est très tendue.

Large incision. — Écoulement de pus en grande quantité.

On enlève une quarantaine de calculs, gros comme des dragées, tassés dans la partie profonde et évasée de la vésicule au niveau du col. Cholécystostomie aux fils de soie et aux fils métalliques.

Amélioration immédiate, chute de la température. Les jours suivants, il sort de petits calculs ; pas de bile.

A la fin du mois de septembre 1901, la malade ne porte plus qu'une petite fistule, laissant écouler du mucus, jamais de bile. Expectative.

Décembre. — Bon état général, mais la malade conserve sa fistule qui ne laisse couler qu'une quantité très minime de mucus ressemblant à de la salive. On conseille alors de faire des injections modificatrices espérant, par la cautérisation, modifier la surface muqueuse suintante de la vésicule. Injections de teinture d'iode.

A la suite de ces injections, douleurs très vives ressemblant à une colique hépatique, vomissements, etc. On observe alors, quelques jours après, l'apparition d'un écoulement biliaire abondant, ce qui ne s'était jamais produit.

Janvier 1902. — La malade vient faire un séjour à l'Hôtel-Dieu, pour des troubles cardiaques. On peut examiner avec soin sa fistule et ses caractères. A l'exploration et au stylet fin, aucune sensation de calcul.

Dans la journée le liquide qui s'écoule n'est constitué que par du mucus en petite quantité et n'imbibe qu'un petit tampon de pansement ordinaire. La nuit, au contraire, c'est de la bile qui s'écoule et souille largement le bandage de corps. M. Tixier constate qu'il y a une relation directe entre cet écoulement de bile et la digestion. C'est seulement trois ou quatre heures après le dernier repas que la bile s'écoule à l'extérieur (Communication à la Société de Chirurgie de Lyon).

Un régime, consistant à faire faire à la malade de petits repas dans la nuit, arrive à tarir complètement l'écoulement de bile. Depuis, les nouvelles de la malade sont bonnes. Il ne s'écoule plus que du mucus. En raison de l'état du cœur tout traitement actif est différé,

OBSERVATION IX

(Résumée.)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé ROLLET, chirurgien des Hôpitaux.)

CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE. — CHOLÉCYSTOSTOMIE. — FISTULE BILIAIRE PERSISTANTE CONSÉCUTIVE. — CYSTORRAPHIE DEUX MOIS ET DEMI APRÈS. — NOUVELLE POUSSÉE D'ANGIO-CHOLÉCYSTITE CONSÉCUTIVE. — RÉTABLISSEMENT DE LA FISTULE. — GUÉRISON SPONTANÉE UN MOIS APRÈS.

C..., Augustine, 53 ans, entrée le 8 novembre 1900, service de M. Rollet, à l'hôpital de la Croix-Rousse. Pas d'antécédents héréditaires. Dans les antécédents personnels, on note la rougeole à 9 ans; à partir de 25 ans, surviennent des crises gastriques qui se produisent après les repas, durent deux heures en moyenne, sans vomissements et disparaissent ensuite.

Constipation tenace.

Le 1^{er} novembre, nouvelle crise avec douleur vive dans l'épigastre et tout l'hypochondre droit, accompagnée de vomissements qui persistent sept à huit jours.

Au bout de ce temps elle entre à l'hôpital. A l'examen, on constate, dans l'hypochondre droit, une voussure considérable traduisant, par la palpation, la présence d'une tuméfaction du volume du poing. Cette tuméfaction est tendue, douloureuse à la pression, et présente une matité relative qui se continue avec la matité hépatique. L'ictère est assez accusé; légère décoloration de matières fécales. En face de ces signes et de l'état général, l'intervention est décidée.

10 novembre. — *Opération.* — La cholécystostomie est pratiquée. L'ouverture de la vésicule permet de retirer un certain nombre de calculs et de donner issue à une certaine quantité de liquide muco-purulent. Pas de bile.

Les jours suivants, l'état de la malade s'améliore considérablement.

Le 5 décembre. — On constate dans le pansement, la présence de boue biliaire.

La bile, à partir de ce jour, commence à passer par la fistule. Pas de décoloration des matières fécales.

Le 2 février, c'est-à-dire deux mois après, la malade, qui est incommodée par sa fistule, demande qu'on l'en débarrasse. M. Rollet se décide à pratiquer une cystorrhaphie. Mais, trois ou quatre jours après, on observe une nouvelle poussée d'angio-cholécystite avec douleur, température, ictère, décoloration des selles. Il était vraisemblable d'admettre que, probablement, les voies biliaires inférieures n'étaient pas complètement perméables et le drainage cherché par la première intervention pas entièrement obtenu. Devant ces nouveaux phénomènes, on fait sauter les fils de la suture de la vésicule.

On met une mèche de gaze pour opérer un drainage. Lavage chaud à l'intérieur de l'organe, chaque jour.

Les symptômes s'amendent.

Le 10 mars, la malade, qui va bien, part chez elle avec une fistule très fine, mais par où continue à s'écouler de la bile. On revoit la malade un mois après. La fistule est complètement cicatrisée et la santé excellente.

OBSERVATION X

De M. le professeur agrégé CHANDELUX.

(Observation résumée dans une revue de M. ROCHET,
Province Médicale de novembre 1890.

CHOLECYSTITE CALCULEUSE. — CHOLECYSTOSTOMIE. — FISTULE
BILIAIRE PERSISTANT QUATRE MOIS APRÈS. — CYSTORRAPHIE.
— GUÉRISON.

Il s'agissait d'une femme de trente ans, souffrant depuis quatre mois de douleurs très vives dans la région du foie,

revenant par crises avec vomissements concomitants, mais sans teinte ictérique cependant. A la palpation : tumeur très dure, bosselée dans la région de la vésicule. Pas de crépitation due aux frottements de calculs. La cholécystostomie complète, pratiquée alors, permit d'extraire de la vésicule cinq calculs gros comme des noix. Le soir même de l'opération la bile s'écoulait en grande quantité par la plaie et cet écoulement dura près de quatre mois. A ce moment, et après s'être assuré de la perméabilité du cholédoque, M. Chandelux prit le parti d'oblitérer la fistule par le procédé de Witzel. La guérison fut rapide. Les douleurs disparurent complètement et la malade, revue un an après, était dans un état de santé excellente.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé GANGOLPHE, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.)

ULCÈRE ANCIEN DE L'ESTOMAC. — CHOLÉCYSTITE SUPURÉE CALCULEUSE. — CHOLECYSTOSTOMIE. — FISTULE DURABLE CONSÉCUTIVE, NON BILIAIRE, PAR OBLITÉRATION DU CYSTIQUE.

B. . . , Pierrette, 56 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 28 juin 1901, salle St-Martin, service de M. le Dr Gangolphe.

Pas d'antécédents héréditaires. Personnellement une fausse couche. Quatre enfants vivants et bien portants, deux de morts, dont l'un tuberculeux. Bonne santé habituelle jusqu'à 40 ans. A partir de ce moment, il y a quinze ou seize ans, début d'une affection caractérisée par des douleurs vives, nettement perforantes à l'épigastre avec renvois acides, vomissements. Trois hématomèses en six mois.

La malade fut alors traitée à l'Hôtel-Dieu, et le diagnostic d'ulcère d'estomac fut nettement posé.

Depuis le début de cette maladie les douleurs épigastriques n'ont pas disparu, survenant deux ou trois fois par semaine environ, avec les mêmes caractères. Cependant

jamais d'irradiation dans le flanc droit ou dans l'épaule droite. Jamais d'ictère.

Le 18 juin, dix jours avant l'entrée à l'hôpital, douleur brusque à l'épigastre, angoissante, forçant la malade à s'asseoir. Un vomissement immédiat qui ne soulage pas.

Le 19 juin, la douleur se localise sous les fausses côtes à droite. Un médecin constate, à ce niveau, l'existence d'un léger empâtement qui est le siège des phénomènes douloureux. Persistance des douleurs pendant dix jours avec phénomènes généraux : température, anorexie, etc. Constipation opiniâtre.

Le 28 juin, à l'entrée, quelques phénomènes péritonéaux ; dyspnée, pouls à 110, petit ; faciès un peu grippé ; douleurs à maximum dans la zone empâtée de l'hypochondre droit, irradiée dans toute la partie droite de l'abdomen.

Sérum, un litre ; une piqure de morphine, glace intus et extra ; un peu de champagne. Le lendemain, 29, M. Gangolphe examine la malade : pouls : 100 ; température 39° , faciès meilleur ; plus de dyspnée. Localement, zone résistante, empâtée au niveau du bord externe du muscle grand doigt, submate, et de la dimension de la paume de la main. La submatité se continue avec la matité hépatique.

Le diagnostic de péritonite enkystée, d'origine peut-être vésiculaire, peut-être stomacale, en raison du passé gastrique de la malade, est porté et l'intervention décidée.

29 juin. — *Opération.* — Anesthésie à l'éther ; laparotomie latérale suivant le bord externe du muscle grand droit, à droite ; rien à l'estomac ; vésicule de la largeur de trois doigts, rouge, tendue. Après isolement par des compresses, on incise la vésicule qui est purulente et renferme environ 100 grammes de calculs de dimensions diverses. Essai infructueux d'abouchement à la paroi avec sutures. Isolement de la vésicule, du péritoine avec des tampons de gaze roulés et retenus par des fils qui sortent à l'extérieur. Réunion incomplète de la plaie.

Les jours suivants, abaissement progressif de la tempéra-

ture ; il ne sort pas de bile par l'ouverture ; ablation des fils le huitième jour.

15 juillet. — La fistule est bien constituée.

15 septembre. — Depuis le quinzième ou le vingtième jour après l'opération, crises journalières de pneumatose stomacale durant de 4 à 6 heures, surtout l'après-midi et très douloureuses. L'estomac se distend peu à peu, acquérant un volume double ou triple de la normale. A l'endroit maximum de la tension, la douleur est atroce, nécessitant l'emploi de la morphine. Ces crises se terminent par une abondante évacuation de gaz par l'anus et par la bouche. M. le Dr Duplan, qui examine la malade à ce point de vue, songe à une sténose incomplète du pylore, probablement par bride cicatricielle.

Le 15 octobre. — Sensation de déchirure dans l'hypochondre droit, très douloureuse, due vraisemblablement à la rupture de la bride cicatricielle du pylore, car, depuis ce moment, le ballonnement n'a plus reparu.

Le 1^{er} novembre. — La fistule continue à donner chaque jour environ 150 gr. d'un liquide clair, muqueux, un peu filant. La malade est munie d'un appareil récepteur et part chez elle.

Le 1^{er} mars. — La malade est revue. L'écoulement de la fistule est toujours le même, en quantité et en qualité. Cependant, phénomène nouveau : il y a trois semaines environ, son médecin aurait constaté, pendant trois ou quatre jours, l'écoulement d'un peu de bile par la fistule. Les crises de ballonnement ont repris, il y a trois ou quatre semaines, moins fortes cependant que par le passé. Pas de vomissements.

On propose à la malade d'entrer de nouveau à l'hôpital pour l'observer, et aussi dans la prévision d'une cholécystectomie dont les indications vont très probablement se poser.

OBSERVATION XII

DELAGENIÈRE (Congrès Français de Chirurgie, 1898)

CIRRHOSE DU FOIE ET HÉPATOPTOSE. — LAPAROTOMIE, HÉPATOPEXIE ET FISTULE BILIAIRE TEMPORAIRE. — GUÉRISON DE LA CIRRHOSE ET DE L'HÉPATOPTOSE.

Femme de 30 ans, grande faiblesse générale, douleurs de l'hypocondre droit. Dyspepsie. Tumeur de la fosse iliaque droite, formée par le foie. Le 28 janvier 1896, laparotomie, refoulement du foie sous les fausses côtes et hépatopexie. Création d'une fistule biliaire temporaire. Les suites sont normales; la malade se rétablit rapidement; le 15 février la fistule est complètement fermée et la malade rentre chez elle. Elle a retrouvé complètement la santé, est devenue enceinte et a accouché normalement; aujourd'hui la santé est parfaite.

OBSERVATION XIII

DELAGENIÈRE (Congrès Français de Chirurgie, 1898)

CIRRHOSE DU FOIE ET HÉPATOPTOSE. — LAPAROTOMIE. — HÉPATOPEXIE ET FISTULE TEMPORAIRE. — GUÉRISON.

Souffre depuis cinq ans dans le côté droit; il se développe une tumeur dans le flanc droit, tumeur qui est appréciable depuis quinze mois. Le ventre est déformé par une tumeur qui occupe la fosse iliaque droite, et qui n'est autre que le foie hypertrophié. Mauvais état général. Albumine dans l'urine. Le 4 décembre 1897: Laparotomie, hépatopexie et cholécystostomie temporaire. Suites simples, malgré quelques troubles circulatoires les premiers jours. Ablation du drain, le 22 janvier. La malade conserve une fistule pendant quinze jours. Elle s'améliore rapidement. Le 24 février 1898 elle paraît être complètement guérie.

OBSERVATION XIV

DELAGENIÈRE (Congrès Français de Chirurgie, 1898)

CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE DU FOIE AVEC ASCITE. — LAPARATOMIE.
FISTULE BILIAIRE TEMPORAIRE. — GUÉRISON.

Femme de 35 ans. Présente tous les signes d'une cirrhose hypertrophique arrivée à la dernière période : Ascite, œdème des jambes. Mais on observe aussi des signes de sténose pylorique. Le 10 janvier 1898 : Laparatomie exploratrice ; évacuation de l'ascite, foie et rate énormes ; pas de néoplasme, mais distention des voies biliaires. Création d'une fistule biliaire temporaire. Suites simples. L'ascite ne reparait pas, et la malade s'améliore rapidement. Elle quitte la maison de santé le vingt-troisième jour, conserve son drain une quinzaine encore. Enfin elle se rétablit progressivement au point de se considérer actuellement comme guérie.

OBSERVATION XV

DELAGENIÈRE (Congrès Français de Chirurgie, 1898)

LITHIASÉ BILIAIRE. — CHOLÉCYSTOSTOMIE TEMPORAIRE. — EXTRACTION DE TRENTE-CINQ CALCULS DONT DEUX DANS LE CHOLÉDOQUE.
— GUÉRISON.

Femme 39 ans. Atteinte de lithiasé biliaire avec ictère intense datant de trois mois. Etat général très mauvais. Fièvre. Affaissement considérable, vomissements incoercibles.

Cholécystostomie temporaire pratiquée le 23 avril 1897.
Vésicule peu volumineuse, était remplie de trente-cinq calculs. Les calculs distendaient également le canal cystique. Enfin, deux calculs s'étaient engagés dans le canal cholédoque qu'ils avaient obstrué. On put les extraire par refoulement

et en faisant passer un courant d'eau sous pression au-dessus d'eux,

Dès l'opération, les symptômes généraux cessèrent et la malade partait complètement guérie le vingtième jour.

OBSERVATION XVI

DELAGENIÈRE (Congrès Français de Chirurgie, 1898)

LITHIASÉ BILIAIRE ET CHOLÉCYSTITE SUPPURÉE. — CHOLÉCYSTOSTOMIE TEMPORAIRE, EXTRACTION DE VINGT-CINQ CALCULS. — GUÉRISON.

Femme de 38 ans. Crises de coliques hépatiques depuis quatre ans, sans ictère, caractérisées par des crises de gastralgie, vomissements. A fait inutilement trois saisons à Vichy ; présente un point douloureux répondant au siège de la vésicule, devient malade le 22 janvier et est obligé de s'aliter. La vésicule est sentie facilement à la palpation, légère élévation de température.

Le 4 février 1897, cholécystostomie temporaire, avec fixation première ; liquide purulent dans la vésicule. Trois gros calculs et vingt-deux petits.

Suites très simples ; la fistule est maintenue jusqu'au 22 février ; la bile paraît alors normale. La fistule se ferme le 24 février et la malade quitte la maison de santé.

OBSERVATION XVII (MICHAX)

(Résumée.)

FISTULE BILIAIRE PERSISTANTE. — CHOLÉCYSTÉCTOMIE.
GUÉRISON

Femme de 32 ans, souffrant depuis sept ans de coliques hépatiques très nettes. Il y a six ans, phlegmon de la vésicule s'ouvrant spontanément au dehors. Elimination quelques

jours après d'un calcul biliaire par l'orifice fistuleux. Depuis ce temps, persistance de la fistule qui laisse s'écouler continuellement un liquide séreux, jaunâtre, d'odeur bilieuse fade, quelquefois fétide. Cette sécrétion abondante, qui irrite sans cesse les tissus voisins, incommode fort la malade.

Toutes les ressources de la thérapeutique médicale avaient été épuisées en vain. Tous les petits moyens chirurgicaux : Injections irritantes dans le trajet, dilatations de ce trajet, etc., ont été mis en œuvre inutilement. M. Michaux, après examen complet de la malade et après avoir réitéré tous les petits moyens employés, se rend compte qu'une opération radicale seule peut amener la guérison. Devant les souffrances et l'infirmité de sa malade, après s'être assuré du bon état du foie, de la perméabilité complète du cholédoque par l'examen des selles, il décide de pratiquer une cholécystectomie.

Cette intervention pratiquée réussit pleinement et la malade, revue de longs mois après son opération, est en très bonne santé.

OBSERVATION XVIII (MICHAX)

(Résumée.)

FISTULE BILIAIRE PERSISTANTE. — CHOLÉCYSTECTOMIE.

GUÉRISON

Homme de 26 ans, lithiasique, porteur depuis trois ans d'une fistule biliaire consécutive à un abcès de la vésicule ouvert par M. Labbé. Cette fistule laisse couler constamment un liquide muco-purulent, jamais de principes biliaires. Les petits moyens ordinaires employés contre la fistule n'ont donné aucun résultat. Après s'être assuré de la perméabilité complète du cholédoque, M. Michaux pratique la cholécystectomie avec succès : Guérison.

OBSERVATION XIX (LANGENBUCH)

(8^e Cholécystectomie.)

FISTULE BILIAIRE PERSISTANTE APRÈS UNE CHOLÉCYSTOTOMIE.
CHOLÉCYSTECTOMIE.

Lilly S..., 24 ans.

Entrée le 15 juillet 1886.

La malade, qui était gouvernante en Angleterre, y avait souffert de grandes douleurs de la région de la vésicule biliaire. On lui fit une fistule biliaire à l'hôpital de Lied, en janvier 1886, par où étaient sortis plusieurs calculs. Puis les calculs furent remplacés par un écoulement désagréable, d'un liquide clair comme de l'eau, d'odeur fade, de consistance filante ; environ 100 grammes par jour. Cela obligeait la malade à porter constamment un récipient de verre fixé avec des bandages qui entouraient sa taille, et malgré cela la jeune fille trouvait encore dans sa chemise et sur son corps des traces du liquide organique insuffisamment recueilli. Cet écoulement, interrompu, s'aggrava encore de complications nerveuses.

La malade vomissait sans exception après chaque repas le tiers ou les trois quarts de ce qu'elle avait pris. Les choses en étaient arrivées à un point tel que le séjour de la malade était impossible dans une famille étrangère, elle revint en Allemagne décidée à se soumettre à tout ce qui serait nécessaire pour la débarrasser de cette énervante fistule.

Déjà avec la sonde je percevais, lors du premier examen, des concrétions fixées au niveau du canal cystique, au fond de la vésicule. Ces concrétions empêchaient la bile de se rendre dans la vésicule, pendant que celle-ci produisait une quantité considérable de mucus qui sortait par la fistule. Si celle-ci s'était fermée il se serait formé dans la vésicule une collection liquide qui aurait énormément distendu la

vésicule, à cause de la sécrétion incessante du mucus et cela se serait terminé par une rupture des parois, à moins que la pression intravésiculaire, agissant sur la muqueuse, n'ait entravé et supprimé la mucogénèse.

Comme il ne fallait songer ni à fermer la fistule, ni à enlever le calcul obstruteur, je résolus de mettre un terme aux souffrances de la malade par la résection de la vésicule biliaire.

Opération le 28 juillet. Je procédai d'abord à une désinfection complète de l'intérieur de la vésicule que je tamponnai avec de la gaze iodoformée, puis j'incisai, prolongeant mon incision un peu au-dessous de la vésicule. La vésicule fut relativement facile à détacher de ses adhérences avec l'intestin et le foie. Le canal cystique dans lequel, à moitié chemin, on trouva un calcul de la grosseur d'une amande, fut réséqué jusqu'à l'origine du cholédoque, lié au dessous des concrétions que j'ai mentionnées et son extrémité fut rattachée à la plaie du ventre par des points de suture au catgut. Puis on ferma la plaie.

Le succès fut complet et les vomissements après les repas disparurent sur l'heure. La malade, très contente, sortit de la maison de santé le 21 août, pour retourner en Angleterre où l'appelait son emploi.

CONCLUSIONS

Les fistules cutanées de la vésicule biliaire peuvent se diviser en trois catégories :

- a)* Fistules avec perméabilité conservée du cystique et du cholédoque.
- b)* Fistules avec oblitération du cystique.
- c)* Fistules avec perméabilité du cystique et oblitération du cholédoque.

I. — La physiologie et la clinique montrent que ces diverses variétés ont une évolution et un pronostic différents :

- a)* Les fistules de la première catégorie ont souvent une tendance naturelle vers la guérison spontanée.
- b)* Les fistules de la deuxième catégorie, caractérisées par un écoulement muqueux non biliaire, ont une durée presque indéfinie.
- c)* Les fistules de la troisième catégorie, caractérisées par un écoulement biliaire abondant avec décoloration des matières fécales, ont une durée subordonnée à la persistance de l'oblitération du cholédoque.

II. — Ces considérations doivent servir de guide dans la thérapeutique dirigée contre ces fistules.

a) FISTULES DE LA 1^{re} CATÉGORIE. — Il faut attendre d'abord la fermeture spontanée pendant quelques mois. Ne recourir à la suture qu'en cas de persistance prolongée et seulement après vérification de l'asepsie parfaite de l'écoulement biliaire.

b) FISTULES DE LA 2^e CATÉGORIE. — La cholécystectomie est l'opération de choix. On ne doit, toutefois, y recourir qu'après un laps de temps suffisant pour permettre la désobstruction du cystique, soit spontanément, soit sous l'influence de tentatives de cathétérisme.

c) FISTULES DE LA 3^e CATÉGORIE. — Les interventions doivent viser l'obstacle qui siège dans le cholédoque (cathétérisme, cholédocotomie). Toute intervention sur la vésicule serait, en dehors d'elles, irrationnelles. Dans le cas d'oblitération définitive du cholédoque, il faudra renoncer à la fermeture de la fistule ou tenter le bénéfice, encore incertain, d'une anastomose cysto-intestinale.

Vu :

Le Président de la Thèse,
M. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 30 avril 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BÆCKEL-THIRIAR. — Premier Congrès français de Chirurgie.
Paris, 1885.
- LANGENBUCH. — Histoire de la Chirurgie des voies biliaires.
- MICHAUX. — Congrès Français de Chirurgie, 1889.
— Traitement des fistules biliaires par la cholécystectomie.
- MICHAUX. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, juin, 1890.
- ROCHET. — Des opérations qui se pratiquent sur la vésicule biliaire et de leurs indications (*Province Médicale* de novembre 1890).
- DELAGENIÈRE. — Thèse de Paris, 1889-1890. La cholécystentérostomie.
- CALOT. — Thèse de Paris, 1890-1891 : La cholécystectomie.
- GUILLEMAIN. — Les indications de la cholécystectomie.
Gazette Hebdomadaire, de septembre 1891.
- TERRIER et DALLY. — Le cathétérisme des voies biliaires.
Revue de Chirurgie, 1891.
- TERRIER. — Les opérations pratiquées sur les voies biliaires.
Congrès de Chirurgie, 1892.
- DUPRÉ. — Thèse de Paris, 1891 : Les infections biliaires.
- LÉTIENNE. — Thèse de Paris, 1891 : De la bile à l'état pathologique.
- JOURDAN. — Thèse de Paris : La cholédocotomie, 1894-1895.

- TUFFIER. — Lithiase de la vésicule biliaire et cholécystostomie (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1896).
- L. FOURNIER. — Thèse de Paris, 1896 : Origine microbienne de la lithiase biliaire.
- MIGNOT. — Thèse de Paris, 1896 : Recherches expérimentales et anatomiques sur la cholécystite.
- TERRIER et DELAGENIÈRE. — Drainage des voies biliaires infectées (Congrès de Chirurgie, 1898).
- JOSSERAND et ADENOT. — Traitement de l'angiocholite infectieuse. *Gazette Hebdomadaire*, juin, 1898.
- LEJARS. — Résultats immédiats et éloignés de l'intervention, dans les cholécystites calculeuses (Congrès de Chirurgie de 1899).
- P. SEGOND. — Article « Lithiase biliaire » du *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique et généralités	11
CHAPITRE II. — Physiologie pathologique des fistules biliaires cutanées	17
CHAPITRE III. — Diagnostic de la variété de la fistule. Pronostic.....	27
CHAPITRE IV. — Traitement des fistules biliaires cutanées.....	37
OBSERVATIONS	48
CONCLUSIONS	81
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	83

